قضايا ومشكلات
الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة
الجزء الثالث

رعاية ذوى الأمراض العقلية والنفسية

دكتور
سلامة منصور محمد
مدرس مركز معوقات الطفولة
جامعة الأزهر

١٩٩٨

قضايا ومشكلات

الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة

الجزء الثالث

رعاية ذوى الأمراض العقلية والنفسية

دكتور

سلامه منصور عبد العال

مدرس بمركز معوقات الطفولة

جامعة الأزهر

الأستاذه

نهى سعدى مغازى

مدرس . م بالمعهد العالى للخدمة

الاجتماعية ـ الاسكندرية

الناشر

المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع

٢ ش الدكتور سامى جنينه ـ الشاطبى ـ الاسكندرية



إهداء

إلى الزمــلاء العــاملون بمجــال الامــراض العقليـــة والنفسية عسى أن يكــون هـذا المؤلـف عونــاً لهـم فـى ميدان العمل .

محتويات الكتاب

تصدير الناشر

تُعد التغيرات السريعة والتمايز الواضح فى الحياة الحديثة ، وكذلك كثرة الاختلافات فى المواقف وتعدد الادوار وبالتالى تنوع انماط السلوك أحد الاسباب الاساسية المؤدية لتعقد الحياة الاجتماعية للفرد وانخراطه فى مظاهر سلوكية غير سوية واصابته بإضطرابات خطيرة فى شخصيته .

ويمثل المرض العقلى أحد الاضطرابات الخطيرة فى شخصية الفرد فى صورة اختلال شديد فى التفكير والقوى العقلية بوجه عام وبالتالى عجزه الشديد عن ضبط النفس ورعايه نفسه وسوء التوافق الاجتماعى .

أما المرض النفسى " أو العصاب " فهو إضطراب وظيفى فى الشخصية يظهر فى صورة اعراض نفسية وجسمية مختلفة ، ينتاب الفرد بسبب عوامل نفسية ليس لها أساس عضوى ويؤدى الى اختلال جزئى فى الشخصية يكون فيه المريض لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية .

والكتاب الذى بين ايدينا يُعد محصلة خبرة علمية وعملية لمؤلفيه وإضافة علمية جديدة للمكتبة العربية فى مجال الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة ، وهو يُعد كجزء ثالث فى سلسلة قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة والتى صدر منها من قبل جزءان * .

---

* د . بدر الدين كمال ، د . محمد حلاوة ، الجزء الأول : الإعاقة السمعية والحركية ، ١٩٩٦ .

* د . سيد سلامه ، الجزء الثانى : رعاية المسنين ، ١٩٩٧ .

ويأتى هذا المؤلف فى بابين اساسيين ، يتناول فيها الباب الأول رعاية ذوى الامراض العقلية وبالتحديد مرضى الفصام وذلك من خلال أربعة فصول رئيسية من الأول الى الفصل الرابع قام بإعدادها باحثة جادة وشابة الآنسة الأستاذه/ نهى سعدى مغازى .

أما الباب الثانى فهو يتناول رعاية ذوى الامراض النفسية من خلال اربعة فصول رئيسية من الفصل الخامس إلى الثامن قام بإعدادها باحث جاد وواعٍ ذو خبرة عملية فى المجال النفسى اكتسبها على مر سنوات عديدة الدكتور / سلامة منصور المدرس بجامعة الأزهر .

إن تقديمنا وتصديرنا لهذا المؤلف لهو إعتراف صادق لمدى الجهد العلمى المبذول فيه وشكر وتقدير لكل من يساهم فى إثراء سلسلة " الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة " والتى تبناها من قبل اصحاب مؤلف الجزء الأول برعاية وتشجيع استاذتهم الاستاذه الدكتورة / سامية محمد فهمى استاذ الخدمة الاجتماعية بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالاسكندرية ومؤلفين هذه السلسلة يُجدءون شكرهم لاستاذتهم وزملائهم الذين ساهموا فى إثراء هذه السلسلة ، مع دعوتهم لاساتذتهم وزملائهم بعمل المزيد فى المجالات الاخرى .

والله ولى التوفيق

الناشر

الباب الأول

رعاية ذوى الأمراض العقلية

مقدمة الباب الأول

المرض العقلى أبشع ما يصيب بنـى الانسـان حيـث يفقده نعمـة التفكير الصائب ويجرده من سلاح المنطق وقدرة الوعـى العقلانـى فـى الحكم علـى الأمـور فيصبح المريض مسلوب الارادة كالأعمى فى البصر والبصيرة ولما كان العقل هو أرقى ما يميز الانسان عن الحيوان فإن فقده جزئيـاً أو كلياً يعتبر كارثـة تهبط بـه إلى درجات سفلى على سلم التطور والارتقاء .

وهذا المرض العقلى ما زال غير واضح فى مفهـوم الأفـراد والمسئولين على السواء .. فقد إختلطت الأمور بشأنه فأعتبره البعض شيئاً معيباً وفاضحاً ولا يجـوز التعرض بالحديث عنه بينما اعتبره البعض الآخر نوعاً من الخيال والوهم الـذى لا أساس له ولا صحة لوجودة وهناك فريـق آخـر مـن النـاس إستغلو المـرض العقلـى للحصول على مادة للتهكـم والسخرية والعبـث واللهـو ولمـا كـان مجـال الأمـراض العقلية مجالاً واسعاً فقد إختـارت الباحثـة مـرض الفصـام لأن نسـبة الاصابـة بـه كبيرة.

والخدمة الاجتماعية تنادى بأن المريض العقلى هو أولى بالشـفقة والرعايـة والاهتمام وهو أحق من أى مريض آخر بتعاون كل الأفـراد وأجهـزة الدولـة المعينـة فى الوقوف على أمره والعنايه به مع مزيد من الحب والعطف وأيضاً محاولة ضمه إلى صفوف المجتمع ومحاوله سد الثغرات بينه وبين الآخرين وإستعادة ثقته بنفسه وبالغير .

ولقد قامت الباحثة بهذه الدراسة وحاولت من خلالها التعرف على الدور التى تقوم به الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام فى المجتمع السكندرى .

وتقع الدراسة فى أربعة فصول الأول الأمراض العقلية ، أما الفصل الثانى فيدور حول الفصام بطريقة تفصيلية عن هذا المرض ، والفصل الثالث يشتمل على الخدمة الاجتماعية ومرضى الفصام ، أما الفصل الرابع فهو عن دور الأخصائى الاجتماعى مع الفصامى .

وفى النهاية وضعت الباحثة تصور مقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام ودور الاخصائى الاجتماعى فى الوقاية من مرض الفصام .

وفى النهاية إن شكرت فكل شكرى لله سبحانه وتعالى على توفيقى لظهور هذا المؤلف .

وكل تمنياتى أن يكون هذا المؤلف عن مرضى الفصام من البساطة لأن يعرف القارئ العادى ما الفصام ؟ !

" وإن مرضت فهو يشفين "

صدق الله العظيم

المؤلفة

نهى سعدى مغازى

الفصل الأول
الأمراض العقلية

مقدمـــــــة

" إن ظاهرة المرض العقلى ظاهرة عامة توجد فى كافة المجتمعات وعلى مختلف المستويات والطبقات وهذه الظاهرة فى إزدياد مستمر كما تشير الكتابات المختلفة فى هذا الموضوع وترجع أسباب هذه الظاهرة إلى تعقدها وزيادة متطلباتها وتغير أسلوب الحياة تغيراً واضحاً ظهر فى إتساع العلاقات الاجتماعية وتشابكها وتغاير أشكالها إلى درجة كبيرة مما أفقدها كثيراً من صفة الكل المتكامل وأصبحت الحياة الانسانية خليطاً معقداً من المثيرات والمواقف ودخل الفرد فى تفاعلات كثيرة متنوعة ومتغايرة تضمنت العديد من التحديات المعيشية والضغوط الاجتماعية مما عرضه لأشكال مختلفة من الاحباط والصراع وكان من نتيجة ذلك أن أصبح التوتر والقلق يسيطران بصورة أو بأخرى على كثير من الأفراد.

إن التغيير السريع والتمايز الواضح فى حياتنا الحديثة جعل من الصعب على الفرد تحديد أبعاد فرديته ومفهومه عن ذاته ، فكثرة الاختلاف بين المواقف التى يواجهها وتعدد الأدوار التى يلعبها وتنوع أنواع أنماط السلوك التى تتطلبها هذه الادوار كل ذلك عقد من عملية تكيفه وجعله فى كثير من الأحيان يلجأ إلى أنواع من السلوك غير السوى كمحاولات تكيفية غير سليمة يحاول بها حل مشكلاته والتغلب على عوائق بيئته وترك الاحصاءات على زيادة عدد الأفراد الذين يعانون من سوء التكيف وأدى ذلك إلى زيادة الاهتمام بالصحة العقلية لا من حيث الأمراض العقلية فحسب بل من حيث أى مظاهر غير سوية وأصبح السلوك الغير مركز للدراسة من نواحيه المختلفة " (١) .

" والمرض العقلى أو الذهان إضطراب خطير فى شخصية الفرد بأسرها يبدو فى صورة اختلال شديد فى التفكير والقوى العقلية بوجه عام كما يتميز

---

(١) إنتصار يونس : السلوك الانسانى ، مرجع سابق ، ص ٣٦٧ .

باضطراب ملحوظ فى الحياة الانفعالية وعجز شديد عـن ضبط النفس ممـا يحـول دون المريض ورعايـة نفسه ويمنعه من التوافـق الاجتمـاعى فـى مختلـف صـور التوافق العقلى والمهنى والدينى وغيرها " (١) .

" والأمراض العقلية يمكن تقسيمها إلى أمراض عقلية عضوية ترجـع إلـى أسباب عضوية وراثية أو غير وراثية ، كتلف فى النسيج العصبى من الزهـرى أو المخدرات أو تصلب شرايين المخ ، أو كاضطراب هرمونى ، أو اختلال شديد فى عملية الهدم والبناء " Metabolism " ، ومنها الشلل الجنونـى العـام ، وجنـون المخدرات وجنون الشيخوخة .

وهناك أمراض عقلية وظيفية أو نفسية المنشأ ، وهـذه الأمـراض الذهانيـة ليس لها أساس عضـوى وهـى الفصـام والنـوّاب وذهـان الاضهـاد " (٢) . وسـوف أتعرض فى هذا الفصل بشـئ مـن التفصيـل عـن الأمـراض العقليـة عـن مفاهيمها وتصيفاتها وأسبابها وخصائصها واضطراب اللغة والتفكير عنـد المرضـى العقليـن كمظاهر مخصصة لهم ثـم إستعرض للمشكلات الناتجـة عـن الأمـراض العقليـة . سواء كانت هـذه المشكلات اقتصاديـة ، مشـكلات العلاقـات الاجتماعيـة مشـكلات وجدانية ونفسية ، ومشكلات المرض المزمن ، المشكلات السلوكية مشكلات البيئـة وإمكانياتها ، مشكلات ناتجة عن الجهل والمعتقدات الخاطئة.

- تعريف المرض العقلى :

١ - " المرض الذى يتناول كافـة الاضطرابـات الانفعاليـة والسـلوكية والذهنيـة والشـخصية بصفـة عامـة وتعكـس حـالات مـن الشـذوذ وإنعـدام التوافـق

---

(١) عزيز فريد ، الأمراض النفسية والعصبية (علمياً - تشخيصياً - علاجياً) ، مرجع سابق ، ص٢٠٧.

(٢) عباس محمود عوض : الموجز فى الصحة النفسية ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٤ ، ص ٩٢ .

والمرض العقلى يعانى فيه صاحبه اختلالاً شاملاً واضطراباً خطيراً فى شخصيته ، ويبدو فى صورة اختلال شديد فى التفكير والقوى العقلية . والعجز عن ضبط النفس ورعايتها والجهل بأسباب مرضه وعدم قدرته على الاستبصار بمشكلته (١) " .

٢ ـ " هو يمثل أشد اضطرابات الشخصية خطورة وشمولاً وهى كما تبدو فى صورة اختلال شديد فى القوى العقلية وعجز عن إدراك الواقع أو تحقيق التوافق الاجتماعى فى الحياه اليومية فى كافة صوره (٢) " .

٣ ـ " هو اضطراب نفسى واجتماعى غير عضوى يكون الفرد فيه عاجزاً عن حماية ذاته أو كيانه الاجتماعى بصورة لا تمكنه من المشاركة فى الحياة الاجتماعية العادية أو إحراز أدنى من المكافآت السيكولوجية والاجتماعية (٣) " .

والأمراض العقلية أو الذهانية ترادف كلمة " جنون " التى تستعملها العامة فى الاشارة إلى شخص فقد قواه العقلية ولكن " الجنون " اصطلاح قانونى .

٤ ـ " هو كل آفة تعترى الانسان فتؤثر على أجهزته أو قواه التى تهيمن على إدراكه أو اختياره فتفقد أحدهما أو كليهما ، سواء كانت الآفة أصلية أو عارضة وسواء تمثلت فى مرض عقلى أو عصبى أو نفسى أو عضوى (٤) " .

---

(١) عطوف محمود ياسين ، علم النفس العيادى ، بيروت ، دار العلم للملايين ، سنة ١٩٨١ ، ط١ ، ص٢٨١ .

(٢) مختار حمزة ، سيكولوجية ذوى العاهات والمرضى ، جدة ، دار المجمع العلمى ، ط٤ ، ١٩٧٩ ، ص٣١٠ .

(٣) محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ ، ص٢٨٦ .

(٤) عوض محمد ، قانون العقوبات القسم العام ، إسكندرية ، دار المطبوعات الجامعية ، ١٩٩١ ، ص٤٧٠ .

٥ ـ " هو اضطـراب عقلـى ذُهـانى شـديد وخطـير إنفعالياً وعقلياً وسلوكيـاً وشخصياً ويمثل خللاً فى التفكير والقوى العقلية وجهلاً بأسباب المرض وعدم قدرة على الضبط والاستبصار ويتناول كافة جوانب الشخصية وهـو عموماً (عضوى) وفيه جانب (وظيفى) (١) ".

المرض العقلى بين الخرافة والعلم :

يحدثنا التاريخ عن وجود قـانون فـى بروسـيا ظـل معمـولاً بـه حتـى سـنة ١٢٣٠م يسـمح للمـرء بـالتخلى عـن نسـائه وأطفالـه وإخوانـه وأخواتـه إذا مرضـوا وتحل عليه البركات إذا أحرقهم وأحرق نفسه معهم إن كان مريضاً هو أيضاً . وقد يبدو لنا أن مثل هذا القانون ينطوى علـى وحشـية تتـاقض كـل القيـم الانسـانية وقـد أتسمت معاملة هؤلاء المرضى بالضغط والقسوة والاضطهاد والجهل والخرافـة .. إذا كان المرضى يصفدون بالأغلال وتكوى أجسـامهم بالنـار ويتعرضـون لكـل مـا يمكن أن يتخيله الذهن من صنوف التعذيـب وكـانت ولا زالـت ألفـاظ مثـل الجنـون والخبل تحمل فى طياتها معانى التحقير والاتهام والرعب والفزع وهـذه الاتجاهـات قديمة قدم التاريخ ولا زالت لها رواسبها فى طيات نفوس الكثيرين مهما بلغـوا من علم وثقافه حقاً فالآن نسـتخدم ألفاظـاً مثـل المـرض العقلـى والمريـض عقليـاً لأنهـا أخف وقعاً على السمع من ألفاظ الجنون والخبل وما إليها ومع ذلك إن كل مريـض بمرض عقلى إما أنه يرفض بعداء الحياة التى يحياها الناس ويحبونها وحينئـذ كـان يهتم بالسحر أو الشعوذة أو إنه يستسلم بسلبية لعجزه عن تقبـل هـذه الحيـاة وحينئـذ كان يقال عنه مسحوراً وهذا هو الأساس الذى كان من أجله يحرق الناس ويعذبـون

---

(١) عطوف محمود ياسين ، أسس الطب النفسى الحديث ، بيروت ، منشورات بحسون الثقافة ، ١٩٨٨ ، ط١ ، ص١٢٧ .

ويسجنون وإن كانت هذه المعاملة قد أنتهت الآن إلا أن لها رواسبها فيما يتعرض له هؤلاء المرضى من تجاهل ورفض بعض الناس لهم .

١ ـ المجتمعات البدائية :

لقد بنيت الدراسات التى تمت للشعوب البدائية لمحاولة فهم سر الخليقه أن الرجل البدائى كان يعتقد دائماً فى وجود مخلوقات حوله لا يراها لكنه يسمع أصواتها مثل صفير الريح وحفيف أوراق الشجر وخرير ماء الأنهار وصوت المطر وزفيف العواطف وتلاطم أمواج البحر وفى صوت الرعد وكانت هذه المخلوقات غير المرئية غامضة وغير متوقعة فتصورها تتقمص الحيوانات (١) .

وغيرها من البشر كما تصوروا أن بعضها شرير وبعضها طيب ومنها القوى الذى يخشى بأسه ومنها الضعيف الذى لا يركن إليه وهكذا نظم آلهته سواء كانت طيبة أو شريرة فى شكل طبقى تبعاً لأسبقيتها فى العبادة والتبجيل ولما أحس المسافر والمكتشف وهو يضرب وحيداً فى البيداء أو متسلقاً قمم الجبال أو مخترقاً البحر بأنه ليس وحده .. إذا يوجد لديه الإحساس بأن هناك دائماً من يصحبه أو يرقبه وكلما زاد جهل الانسان بالعالم المحيط به كلما فسر الظواهر على إنها من فعل هذه الأرواح الشريرة . وكان من بين رجال القبائل من هم فى نظر أفراد القبيلة أقدر على الاتصال بتلك الأرواح وتطويعها للخير أو للشر فكانوا كهنة القبيلة وعرافيها وسحرتها ومشعوذيها ولجأ إليهم الناس فى الأزمات وفى المرض وإبتدع الكهنة أو اكتشفوا بعض العقاقير التى كانت تشفى بعض الأمراض فكانوا مثل الأطباء والمعالجين وكان يتم على أيديهم الشفاء وفى مجال الأمراض العقلية كانت مشكلة المريض غالباً فى مجال السلوك وفى مجال علاقاته بغيره ولم يكن لديه ما يشكو منه صحياً إذا كان فى العادة . إما يلوم نفسه أو يلوم غيره وحينئذ كان يبدو

(1) Journal of National Association of Social Worker March 1992, Volame 37, Number 2 .

مختلفاً عما كان عليه وكان هذا الاختلاف أو المتغير يعزى إلى شيطان من الشياطين تجسده .. أما إذا كان إله طيب قد تجسده فكان ينطقه بالحكمة وحينئذ تسمو به القبيلة إلى مرتبة الأنبياء ولازالت مثل هذه المعتقدات سائدة بين كثير من القبائل البدائية .

٢ ـ المصريون القدماء :

وعلى الرغم من أن العالم يعترف لقدماء المصريين بأنهم الذين وضعوا أساس الطب واقتبسته منهم شعوب الشرق القديم كاليونان وسكان جزيرة العرب وغيرهم ، وكانت الفكرة السائدة لديهم أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وإمتلاكه وأن هذه الأرواح بعد دخولها لجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأمعاء ومنها ما يشرب دم المريض أو يعيش على لحمه ويموت المريض من جراء فتكها (١) بأجهزته إلا إذا كان في الاستطاعة طردها قبل أن تسبب أذى جسيماً يجسده ولذا كان من أهم دعائم علاجهم معرفة الطلسم والسحر لطرد هذه الأرواح الخطرة والقضاء عليها بالتعاويذ والرقى ثم يشرع بعد ذلك فى إستعمال الدواء والغذاء لمعالجة الأضرار الحسية التى نشأت من دخول الروح الشريرة لجسد المريض وكانوا يعلقون قطعاً من الحجارة أو الخشب على رقابهم أو يربطونها بعضو من أعضائهم إتقاء للمرض وكان الكهنة يعالجون هذه الرقى بقراءة الطلاسم السحرية قبل إستعمالها وكانوا يعتمدون فى معالجتهم على الرقى والعزائم السحرية أكثر من إعتمادهم على العقاقير الطبية (٢) .

(1) Journal of National Association of Social Workers March 1992, Volume 37, Namber 147 .
(2) Ibid, P. 143 .

كما كان المريض يتلقى حمامات باردة وساخنة على التوالى مما أدى إلى تدهور هذا الشخص تدهوراً سريعاً بدلاً من تحسن حالته وبالطبع تبعاً لهذا التدهور السريع والمستمر فى حالة هذا الشخص كان عليه أن يقضى البقية الباقية من حياته وراء تلك الجدران الأربع والأسوار الحديدية بل ولقد وصل حد قوة المعاملة إلى إجراء عمليات جراحية على المخ لازالة بعض أجزاءه التى كان يظن إنها كانت مصابة بما يطلق عليه مريضاً عقلياً باختصار الشخص المصاب بمرض عقلى فى الماضى كان شخصاً منتهياً لحظه دخوله إلى إحدى المصحات العقلية ومع بداية القرن العشرين بدأت فلسفة العلاج النفسى فى التغيير تدريجياً وببطئ إلى أن ظهر قانون الصحة العقلية عام ١٩٥٩ فى بريطانيا .

حدد بوضوح نوعين أساسين من المصابين بأمراض عقلية :

أ - الشذوذ البسيط . ب - الشذوذ الحاد .

أ - الشذوذ البسيط :

ويدخل تحت هذا التقسيم الأمراض النفسية البسيطة التى قد يتعرض لها أى فرد فى المجتمع كنتيجة للتعقد التكنولوجى وما صاحبه من ضغوط اجتماعية ونفسية وعلى سبيل المثال :

١ - القلق ٢ - الكبت ٣ - النكوص (١).

ب - الشذوذ الحاد :

ويدخل تحت هذا التقسيم المرضى بأمراض نفسية حادة ، تستدعى علاج نفسى طويل المدى ويحجز بعض المرضى من هذا النوع داخل إحدى المصحات العقلية لمدة قد تطول إلى مدى الحياة ومن أمثلة الأمراض الحادة :

---

(١) إستانلى هارون ، مناهج الرعاية الاجتماعية وتطبيقاتها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب، جامعة المنصورة ، ١٩٧٨ ، ص ٧٨ .

١ ـ جنون الهذاء .   ٢ ـ إنفصام الشخصية (١).

" إن حجم مشكلة الأمراض العقلية وخطورتها فى المجتمع هو الذى دفع الكثير من الباحثين فى ميدان الطب النفسى الاجتماعى إلى الاهتمام بدراستها حيث دلت الاحصائيات على أن هناك أكثر من (٦٥٦,٠٠٠) شخص قد دخلوا المستشفيات بسبب أن شكواهم من مرض عقلى هذا فضلاً عن ما جملته ٥,٥ مليون من المرضى الذين فضلوا العلاج الخاص بعيداً عن المستشفيات بالاضافة إلى عدد آخر ممن يشكون من أمراض عقلية ولم يتمكن المختصون من حصرهم وإذا كان المرض العقلى يتطلب أعباء وتكاليف تفوق تلك التى تتطلبها الأنواع الآخرى من الأمراض المعدية أو المزمنه ، فلنا أن نتصورة ما يترتب على هذا المرض العقلى من أعباء وتكاليف تثقل كاهل الاقتصاد القومى .

ولقد حاول الباحثون فى سبيل التعرف على خصائص الأمراض العقلية تقديم تصنيف مبدئى للأمراض العقلية إما على أساس عضوى أو على أساس وظيفى بحيث يفرقون فى هذا الصدد بين :

أ ـ الأمراض العقلية التى لها سبب عضوى .

ب ـ الأمراض العقلية التى لها سبب وظيفى .

والأمراض العقلية التى لها سبباً عضوياً من أمثلتها حالات الشلل لدى المصابين بالزهرى والعته لدى مرضى البلاجرا والمصابين باصابات بكتيرية بالمخ وكذلك أمراض الشيخوخة .

أما الأمراض العقلية التى لا نجد لها سبباً عضوياً ويعتبرونها من بين حالات الخلل الوظيفى أن يظهر المرض نتيجة لعدة عوامل نفسية وذلك مثل

---

(١) المرجع السابق ، ص ٨١ .

الأمراض السيكوسومتيكية وعلى الرغم من أن الأطباء قد تحولوا فى اهتمامهم بعد ذلك بعيداً عن العوامل السيكولوجية إلى البحث عن العوامل الطبيعية المسببة للمرض متأثرين فى ذلك بالاكتشافات الطبية السريعة لأسباب بعض الأمراض وطرق علاجها إلا أن هذا الاتجاه سرعان ما طرأ عليه التعديل بفضل جهود (فرويد) وغيره من علماء التحليل النفسى ، فى البحث عن الأسباب غير العضوية للمرض العقلى (١) .

التصنيفات الاكلينكية العالمية للأمراض العقلية :

١ ـ التصنيف الامريكى ١٩٩٢ :

وهو التصنيف المعتمد فى معظم مستشفيات وجامعات العالم وبشكل خاص فى البلدان الغربية الرأسمالية ومعظم دول العالم الثالث .

١ ـ أمراض التخلف العقلى .

Mental Subnormality .

٢ ـ الأمراض العصابية .

The Neuroses.

٣ ـ الأمراض الذهانية الوظيفية (غير عضوية)

Functional or Non Organic Psychosis .

٤ ـ إضطرابات الشخصية .

Personality Disorders.

٥ ـ الأمراض الذهانية العضوية (غير المزمنة) .

٦ ـ الأمراض السيكوسوماتية .

Psychosomatic Disorder.

---

(1) S.Kirson : Weinberg, Types of Family Patterns That Contribute to mental Disorders, in : S.K Weinberg, The Sociology of mental disorder, P. 88 .

٧ ـ إضطرابات موقفية مؤقتة .

Situational or Transient Distubances .

٨ ـ الاضطرابات السلوكية للأطفال .

Children Behavioral Disorders .

٩ ـ الأعراض الخاصة .

Special Symptoms .

١٠ ـ الاضطرابات الاجتماعية (بدون أعراض عقلية) (١) .

وسوف تقتصر الباحثة على عرض الأمراض الذهانية العضوية والأمراض الذهانية الوظيفية حيث أنهما موضوع الدراسة لهذا الفصل .

أولاً : الأمراض الذهانية الوظيفية (غير العضوية) :

وتشمل ثلاثة أمراض رئيسية :

أ ـ الفصام بكافة أشكالها .

ب ـ البارانويا وذهان الاضهاد أو الزور .

جـ ـ الاضطرابات الوجدانية العاطفية .

وتشمل الأمراض التالية :

١ ـ الكآبة والهوس الدورى .   ٢ ـ الكآبة الذهانية .

٣ ـ الهوس أو (المرح الدورى) . ٤ ـ إكتئاب سن اليأس (الميلانخوليا) .

ثانياً : الأمراض الذهانية العضوية (غير المزمنة) :

ذهانية حادة وهى نوعان :

أ ـ هذيان حاد .   ب ـ هذيان تحت الحاد .

---

(١) عطوف محمود ياسين ، أسس الطب النفسي الحديث ، مرجع سابق ، ص١٠٤ : ص١٠٦ .

٢ ـ التصنيف السوفيتى للأمراض العقلية :

١ ـ ينبثق التصنيف الروسى من ضرورة التعاون بين (كافة التخصصات) الطبية والعصبية والنفسية والاجتماعية لتشخيص وعلاج المرض العقلى والمرض النفسى ، والاعتماد على التجارب المختبرية منذ أيام بافلوف .

٢ ـ ينبثق هذا التصنيف من (المادية الماركسية) مع التركيز على الفيزيولوجيا العصبية وأولوية (المجتمع والجماعة) فى إحداث المرض وفى شفائه أيضاً .

٣ ـ يؤكد هذا التصنيف فى (منهج علاجه) على أهمية (الصحة الاجتماعية) للفرد باعتبارها الركيزة الأساسية فالبيئة هى مصدر المشاكل وبها مكان العلاج حين نعيد صياغتها وتغييرها سلوكياً واجتماعياً وايدلوجياً . فالمهم أن نتعامل مع (الأسباب للمرض ، لا مع الأعراض) (١) .

الخصائص العامة للمرض العقلى :

١ ـ إن المرض العقلى لا يتناول جانباً واحداً فى الشخصية كالنفس العصابى وإنما تصاب فيه كافة جوانب الشخصية .

٢ ـ المرض العقلى ينفصل به المصاب عن الواقع كلياً .

٣ ـ فى المرض العقلى إصابة الجهاز العصبى حتمية .

٤ ـ الشفاء والعلاج للمرض العقلى صعب وطويل ويحتاج لعلاج مكثف والمريض عقلياً يعارض العلاج ويرفض التعاون مع الطبيب النفسى لأنه لا يحس مطلقاً بمشكلته لانعدام قدرته على الاستبصار والوعى .

٥ ـ المرض العقلى تلعب فيه الوراثه والاستعدادات الجيناتيكية دوراً رئيسياً .

---

(١) المرجع السابق ، ص١١٠ .

٦ ـ المرض العقلى لا يسأل المصاب فيه مسؤولية قانونية وغالباً ما يجب عزله حين يكون خطراً على نفسه أو على الآخرين .

٧ ـ فى حالات نادرة يتداخل المرض العقلى مع الحالات النفسية من حيث المصدر والدرجة والطبيعة والعلاج .

الأعراض الإكلينيكية العامة للذهان :

١ ـ إضطراب واضح فى سلوك الفرد وتشوش فى محتوى ومجرى التعبير عن التفكير . إن الفرد الذهانى " Psychotic " منفصل نهائياً عن الواقع ليس لديه قدرة الاستبصار لعلته وهو لا يشعر بمرضه ويرفض العلاج والتعاون مع الأخصائى بشدة لاعتقاده بأنه لا يعانى من أى مرض ، بينما العصابى يحس بمشكلته ويتقبل المساعدة .

٢ ـ عدم قدرة الفرد على التركيز والوضوح .

٣ ـ اللجلجة أحياناً أو السرعة الزائدة فى الكلام والحركة ، والألفاظ غير المنطقية ذات المحتوى المضطرب :

٤ ـ ضعف شديد فى إدراك أو تكوين علاقات بين المفاهيم والأشياء .

٥ ـ خلل عام فى الشخصية والسلوك دون الاقتصار على جزء منها .

٦ ـ سوء توافق واضح وفاضح فى التكيف المهنى والعائلى والشخصى .

٧ ـ عزلة وانطواء وانسحاب من المجتمع وعدم قدرة على التأقلم مع المواقف.

٨ ـ بطء واضح فى العمليات العقلية وإرتباك واضح فى الوظائف الذهنية واضطراب فى النشاط الحركى أو ازدياد حركى غير إعتيادى .

٩ ـ وجود هذآت وهلاوس ذات أساس وهمى .

١٠ ـ اضطراب واضح فى الانفعال ، وحساسية مفرطة وزائدة وخلل فى مفهوم الذات ، وعدم الثبات على شئ معين أو محدد ، والقلق والخوف

والتناقض الوجدانى ، ووجود مشاعر الذنب الشاذة ، والتفكير من حين لآخر فى الانتقام الذاتى والتعذيب والانتحار (١) .

وسوف أستعرض الذهان الوظيفى والعضوى .

أولاً : الذهان الوظيفى :

أ - الفصام .

ب - الهذاء " البارانويا " .

جـ - الاضطرابات الوجدانية .

أ - الفصام :

الفصام هو أكثر الأمراض العقلية إنتشاراً حيث يصيب حوالى ٠,٥ - ٠,٨٪ من مجموع السكان ويكون المفصومون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية فهم يكونون حوالى ٢٢ - ٣٣٪ من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة وتبلغ نسبة المفصومين حوالى ٥٠٪ من المرضى العقليين المزمنين الذين يقيمون فى مستشفيات الأمراض العقلية .

ويطلق على هذا المرض أحياناً إسم " الخبل المبكر " إذ أنه يحدث فى الفترة المبكرة من الحياة تمييزاً له من خبل الشيخوخة . والواقع أن الخبل المبكر ذهان يصيب الشباب فإنه على الرغم من أن بعض الحالات تصيب جميع الأعمار من الخامسة حتى السبعين فإن الغالبية العظمى من الحالات تبدأ خلال العقد الثالث(٢) .

---

(١) عطوف محمود ياسين ، علم النفس العيادى ، مرجع سابق ، ص ص ٢٨٧ : ٢٨٥ .

(٢) مختار حمزة ، سيكولوجية ذوى العاهات والمرضى ، مرجع سابق ، ص٣١٧ .

ولاعتقاد البعض بأن بداية هذا المرض تكون فى فترة المراهقة وعندما اكتشف بأن هذا الانعدام للتكيف لم يكن مقتصراً على الشباب فإن الاصطلاح القديم قد أستبدل بالاصطلاح الجديد الذى سُمي بـ " الشيزوفرينيا " وهى كلمة مكونة من شقين الأول (شيزو) ويعنى فصام والثانى (فرينيا) ويعنى العقل أو الشخصية (١) .

أسباب المرض :

الشيزوفرينيا مرض وراثى متعلق بالجينات وقد تعجل بعض العوامل الخارجية مثل الضغوط النفسية الاجتماعية والجسمانية بظهور المرض ولكنها لا تسبب حدوثه وحدها .

١ - العامل الوراثى : ويشمل (الوراثة المرضية - الشخصية القابلة للاصابة بالمرض - التكوين الجسمى) .

٢ - العوامل المكتسبة : وتشمل (عوامل نفسية اجتماعية - عوامل جسمية)(٢).

وسوف تتعرض الباحثة للفصام بشئ من التفصيل فى الفصل الخاص عن الفصام .

ب - الهذاء (البارانويا) :

أهم ما يميز مرضى البارانويا التشكك وتوهم المريض بأن الناس يتكلمون عنه ويتآمرون عليه ويضطهدونه ويهذى أصحابها بأصوات الاتهام المسموعة ويعيشون فى خوف دائم من أولئك الذين يتربصون بهم وكل تفكير المصابين بهذا المرض مركز حول ذاتهم وخوفهم على هذه الذات وهم غير مستعدين لأن يغيروا

---

(١) نورى الحافظ ، التكيف وإنعكاساته الايجابية ، بدون ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بدون ، ص٢٨٤ .

(2) Omar Al - Garem, Al Garem's ClearPsychiatry, Aex, Der Al Maaref, 1985, P. 147 .

أفكارهم بل يصرون عليها ويتشبثون بها ويقفون بجانبها ضد أى حقائق أو وقائع تعترضها فى العالم الخارجى ، فلا قيمة لهذه الحقائق والوقائع فى نظرهم إلا بقدر ما تدعم وتقف بجانب مشاعرهم التى يتمسكون بها ولا يقتنع بغيرها . وقد يستطيع أن يقنع بها الغير (١) .

والهذاء أقل إنتشاراً من الفصام فالهذاء يمثل حوالى ٢٪ من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية ولكن نسبة إنتشار الهذاء فى المجتمع لاشك أكبر من هذا الرقم ، خاصة إذا علمنا أن ذكاء المريض يمكنه من تجنب دخول المستشفى ويكثر ظهور الهذاء فى منتصف العمر أى فى مرحلة الرشد خاصة فى الأربعينيات أكثر مما يشاهد فى مرحلة الشباب ويشاهد لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث وهو أكثر إنتشاراً بين المطلقين .

أهم أعراض الهذاء :

(١) ـ هذاء الاضطهاد أو توهم الاضطهاد " Delusions of Persecution "
وهنا يعتقد المريض أنه شخص مضطهد مظلوم يسئ الناس معاملته وأن الآخرين يحاولون ويخططون لايذائه وتحطيمه وكثيراً ما يذكر المريض بياناً مفصلاً عن خطة كبرى دبرت لدس السم له أو لحبسه أو لقتله ، يوجه الاتهام عادة إلى البارزين من رجال المجتمع أو إلى الجمعيات المعروفة ، كما تكون لدى المريض أحياناً خطط مفصله للدفاع عن نفسه ضد هذا الاضطهاد .

---

(١) سعد جلال ، فى الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، القاهرة ، دار الفكر العربى ،١٩٩٢ ، ص٨٨ .

٢ ـ هذاء العظمة أو توهم العظمة " Delusions of Crander " وهنا يعتقد المريض أنه شخص عظيم ، واسع الثراء ، شديد البأس ، وقد يحدث أحياناً أن يسلك مريض كأنه ملك فى المنفى ، أو مخترع عظيم سزق منه اختراعه ، أو نبى مرسل ، أو قائد مغوار . وقد يعتقد أن لديه قوى خارقة أو سحرية ، ويلاحظ عليه الحديث عن الذات والتعالى والمباهاة والمفاخرة وتبنى أهداف غير عملية مستحيل تحقيقها . ويلاحظ عليه أيضاً تقلب المزاج وحدة الطبع والاستياء والغضب والعدوان .

وهناك أنواع أخرى للهذاء بأسماء مختلفة كثيرة مثل الهذاء الجنسى وهذاء المشاكسة وهذاء الغيرة وغيرها وأعراضها تتضمن أعراض الاضطهاد أو العظمة أيضاً .

وإننا نجد بعض أعراض الهذاء لدى الشخص العادى الذى يتحيز لمبدأ خاطئ لا يقبل فيه مناقشة ولكنه بالاقناع يمكن أن يغير رأيه ويعترف بخطئه . أما الهذاء المرضى فهو جزء من تكوين شخصية المريض ولا يمكن أن يحيد عنه[1].

جـ ـ الاضطرابات الوجدانية :

من الممكن أن نعد الأشخاص القهريين المغرميين بالنظافة أو بالمراجعة أشخاصاً لهم أطوار غريبة بدرجة معتدلة ، ولكن سلوك هؤلاء المبتلين بالاكتئاب يعد مضطراباً حقاً ، ويؤثر فى قدرتهم على العمل والحياة . والأعراض الأساسية للاكتئاب هى كما يلى : الحزن الشديد ، الانقباض ، تقلب الحالة المزاجية ، التشاؤم ، الاحساس بالفشل ، نقص الاشباع ، قلة الرضا ، الاحساس بالذنب ،

---

[1] مختار حمزة : سيكولوجية ذوى العاهات والمرضى ، مرجع سابق ، ص ص٣٢٥ : ٣٢٧ .

احساس الشخص بأنه كما لو كان يعاقب ، كره الذات وعدم توقيرها والحط من قدرها ، وإتهام الذات ، والنزعات الانتحارية ، البكاء ، القابلية للاستثارة ، الانسحاب الاجتماعى ، التردد وعدم الحسم ، تشوه صورة الجسم ، الكف عن العمل ، إضطراب النوم ، سرعة التعب ، فقدان الشهية ، نقص الوزن ، الانشغال بالشكاوى الجسمية ، نقص الطاقة ، وفقد الدافع الجنسى ، اليأس والقنوط ، العجز ، الانعزال ، عدم الاهتمام بالمظهر الخارجى .

ويشعر المكتئبون بأنهم لا حول لهم ولا قوة ، وأنهم مهملون ويمر عليهم الوقت ثقيلاً بطيئاً ، وقد ينتج ذلك عن عدم ممارستهم لأى نوع من السلوك المسار فالحب والجنس والطعام والعمل والهوايات والترفيه كلها أشياء لا ترفعهم ، ومن ثم ينسحبون منها ويبتعدون عنها ولا يكترثون بها .

وقد دلت البحوث على أن هناك شخصاً من كل خمسة أشخاص تقريباً سوف يعانى على الأقل فى فترة من فترات حياته من اكتئاب واحد شديد ، ويتعرض للاكتئاب كل من الطلاب والموسيقيين والعمال والأطباء والكتبة والأطباء النفسيين وربات البيوت وغيرهم .

يعد الاكتئاب جزءاً من مجموعة من الاضطرابات الوجدانية (Affective disorders) التى تندرج تحت أكثر أشكال السلوك الشاذ أهميه . وتتضمن الاضطرابات الوجدانية ، إلى جانب الاكتئاب ، أعراضاً شديدة تضم فترات من الفرح والمرح (Elation) والانشراح (Eupharia) تسمى فترات الهوس Mania ، فضلاً عن تناوب التأرجح بين الابتهاج والاكتئاب المسمى بالاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب (Bipolar affective disorders) .

وعلى الرغم من أن الأمزجة الموجبه أو المبتهجة قد لا تمثل مشكلة بالنسبة للشخص الذى يجر بها ويمر بها ، فإن فترات الهوس يمكن أن تصبح شديدة جداً وشاذة ويدخل الفرد أبانها فى حالة من الفرح والمرح الشديدين ، كما يمكن أن يشعر الفرد أثناءها بقدرات ذاتية منجزة ومبدعة لا يمتلكها فى الحقيقة ، وتكون أفكاره ولغته شديدة الطلاقة ، يحب التحدث كثيراً ، ويغير من موضوعاته، ويبدو حديثه سريعاً منوع المجالات ، مع شعور بالسطحية والخفة والمزاج المرتفع ، والسرور والانشراح والابتهاج والاندفاع وسرعة الغضب والحاجة إلى الناس ، ويقرر المرضى فى هذه الحال أنهم لا يحتاجون إلى نوم كثير ويشعرون بصحة جيدة ويحبون أنفسهم ويرضون عنها ويثقون بها ، كما يذكرون أنهم يرون أنفسهم على أنهم يثيرون جنسياً ، مع رؤية أشياء غير حقيقية (١) ٠

ثانياً : الذهان العضوى :

له أسباب فسيولوجية معروفة ومن أمثلته :

١ ـ ذهان الشيخوخة .　　٢ ـ تصلب الشرايين .

٣ ـ الشلل الجنونى العام .　　٤ ـ جنون الكحول .

٥ ـ جنون المخدرات (٢) ٠

إن الذهان العضوى سببه أى عطب أو تلف فى الجسم يمكن اكتشافه بالفحص الاكلينيكى أو بالتحليلات اللازمة أو تحت المجهر وإن الأعراض العقلية صادرة من تغيرات فسيوكيميائية وباثولوجية فى الجسم ويمكن تلخيص أسباب الذهان العضوى تحت المجموعات الآتية :

---

(١) أحمد محمد عبد الخالق ، أسس علم النفس ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٩ ، ص ٦٥٤ : ٦٥٥ .

(٢) إنتصار يونس ، السلوك الانسانى ، مرجع سابق ، ص٣٩٦ .

١ ـ اضطرابات التمثيل الغذائى (الأيض) .

أ ـ أمراض الكبد .		ب ـ أمراض الكلية .

جـ ـ السكر (١) .		د ـ مرض البورفريا .

٢ ـ نقص الفيتامينات :

أ ـ ب١(برى برى ـ مرض ترنيك) .

ب ـ حامض النيكتينك (البلاجرا) .

جـ ـ ب١٢وحامض الفوليك .

٣ ـ أمراض الغدد الصماء :

أ ـ الغدد الدرقية .		ب ـ الغدد جارات الدرقية

جـ ـ النخامية .		د ـ الجنسية .

هـ ـ الغدد فوق الكلوية .

٤ ـ نقص الإكسجين فى الدم .

٥ ـ اضطراب الأملاح والمعادن فى الجسم .

٦ ـ أمراض شرايين المخ .		٧ ـ الحميات .

٨ ـ ذهان الحوامل والولادة .		٩ ـ أمراض الجهاز العصبى .

١٠ ـ الصرع .		١١ ـ ذهان السموم (٢) .

١ ـ ذهان الشيخوخة :

تبدى حالات الشيخوخة غير المختلطة بغيرها صورة بسيطة تمثل بالضبط ما تتضمنه التسمية : إنحلال العقل فى الشيخوخة وقد تعانى الجواس والغدد والجلد والشعر لدى عدد من الطاعنين فى السن من التغيرات المميزة للشيخوخة كما

---

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة . مكتب الانجلو المصرية ، ١٩٩٢ ، ص٤١١ .

(٢) المرجع السابق ، ص٤١٢ .

يصاب الدماغ بنوع مماثل من الانحلال أيضاً فيقل وتتكمش التلافيف وتصاب كثير من الخلايا العصبية بالأنحلال أما الأعراض الذهنية فإنها تظهر تدريجياً . والأعراض الأولى عادة تنحصر فى ضعف الذاكرة للأمور القريبة فلا يستطيع [١] العجوز أن يذكر الأشخاص الذين قابلهم قريباً وإن كان لا يزال قادراً على إستحضار ذكريات الطفولة بكثير من التفاصيل . ثم يعقب ذلك طوراً آخر من الخبل فينسى المريض حتى الأمور التى تعلمها منذ زمن طويل ويصبح غير قادر على ذكر اسمه أو عمره أو مهنته السابقة . على أن تدهور الذاكرة قد يكون غير منتظم فى بعض الحالات .

٢ ـ تصلب شرايين الدماغ :

يسير تصلب شرايين الدماغ من تصلب الشرايين الآخرى ، وهو يوجد عادة فى الشيخوخة ويؤثر تأثيراً خطيراً على تغذية الدماغ فيؤدى إلى مضاعفة أعراض خبل الشيخوخة شدة . كما أن ارتفاع ضغط الدم مع تصلب الشرايين قد يؤدى إلى إنفجار بالشرايين الدماغية يتسبب عنه أذى موضعى فى الدماغ . ويعرف الانفجار المفاجئ لأحد الشرايين الدماغية باسم " السكتة الدماغية " فيفقد الفرد وعيه فترة من الزمن ثم يصاب بعجز حركى كشلل فى أحد جانبى الجسم وكثيراً ما تصحب السكتة خبل الشيخوخة .

٣ ـ الشلل الجنونى العام :

يطلق على هذه الحالة أيضاً اسم " الخبل الشللى " وهى الذهان الرئيسى الذى يتسبب عن الزهرى . ويتوقف تشخيصها على وجود علاقات فسيولوجية معنية كما يتوقف أيضاً على ظهور أعراض خاصة مميزة . ويفحص سائل النخاع

---

(١) مختار حمزة ، سيكولوجية ذوى العاهات والمرضى ، مرجع سابق ، ص٣١٢ .

الشوكى فى حالة الاشتباه بطريقة واسرمان فإذا كانت النتيجة إيجابية كان هذا دليلاً على إصابة الجهاز العصبى بالزهرى وعلى الرغم من أن حالات الشلل جميعاً تنتج عن الزهرى فإن ثلاثة بالمائه فقط من الذين يصابون بعدوى الزهرى يحدث لهم هذا الذهان .

تطور الشلل :

السن النموذجية لبدء ظهور الشلل متوسط العمر ، بعد عشر سنوات إلى عشرين سنة من العدوى الأولى بالزهرى ، ثم يأخذ بعد ذلك دوراً طويلاً فى تطوره ففى الفترة الأولى أو التمهيدية نلاحظ التغييرات الأولى فى المزاج الراهن والحكم والخلق وقد يحدث بسبب ضعف الذاكرة وخطر الحكم أن يرتكب الشخص أخطاء فى عمله تسبب له فى بعض الأحيان خسارة مالية كبيرة ، كما يبدى تقلبات مزاجية فيكون آناً متفائلاً أحمق ويكون آناً آخر فى حالة هبوط عميق (١) .

ويطرد نشوء الطور الثانى أو طور الاكتمال للشلل من الطور تدريجياً . فتبدو الأعراض فى هذا الطور شاذة بصورة لا مجال للخطأ منها إذ يسير المريض عادة بطريقة متعثرة غير متآزرة ويغلظ صوته بعجزه عن ضبط العضلات المستعملة فى الكلام ويصاب " بنوبات " تشنجية أحياناً . أما من الوجهة العقلية فإنه يبدى خبلاً مطرداً فى ازيادة وكثيراً ما يفقد القدرة على التوجه فى الزمان والمكان وفى هذا الطور يمكن تصنيف نماذج كثيرة من الشلل ، فالنموذج البسيط من الخبل يسير إلى الانحلال وحسب ، أما النموذج المنتشر فإنه يبدى هذيانات عظيمة غير منظمة ، ومثل هذا المريض يبدو سعيداً ثرثاراً ويذكر قصصاً سخيفة عن قوته أو قدرته الجنسية أما النموذج " المنهبط " فإنه يبدى هذيانات سوادية

---

(١) المرجع السابق ، ص ٣١٣ ـ ٣١٥ .

فيعتقد أن أعضاءه الداخلية في طريقها إلى الزوال أو أن العقاب يبذل به لما أرتكب من ذنوب . ويبدو أن هذيانات التعاظم هى أكثرها إنتشاراً .

أما فى الطور الثالث أو " النهائى " من المرض إذا لم يكن العلاج الفعال قد أوقف سيره فإن الرعشة لا تفارق المريض ، كما أنه يكون فى حالة هزال شديد، عاجزاً مشلولاً وتختص الهذيانات مع الخبل المطلق وتكون النهاية الموت[١].

اضطراب اللغة والتفكير كمظاهر مميزة للمرضى العقليين :

تعد اللغة من الخصائص التى اختص بها الله بنى البشر لينفردوا عن سائر مخلوقاته ومن المتفق عليه الآن أن الانسان وحده هو القادر على استخدام اللغة منطوقة ومكتوبة لتحقيق الاتصال والتواصل بأبناء جنسه على اختلاف بيئاتهم، وتعتبر اللغة من أشد وظائف الانسان للإنسانية فلا وجود لها فى عالم الحيوان وإن كان هذا القول لا يعنى إنكار وجود مقدماتها فى مستوى القردة العليا ولكنها مقدمات عقيمة من هنا كان إهتمام الباحثين [٢] باللغة عند المرضى العقليين حيث إنها هى الأداة الأولى للتكيف الاجتماعى كما أنها تعكس فكر الإنسان ، كما أن اضطراب اللغة بالإضافة إلى اضطرابات الوظائف الأخرى هو المفتاح الذى يفصح عن جوهر الاضطراب الذى يعانيه المريض قبل أن يظهر فى سلوكه وقبل أن يلفت هذا السلوك نظر الأهل والمحيطيين إلى الخطر المحدق بأبنهم أو إبنتهم فيدفعهم إلى المسارعة إلى علاجه وللغة أهمية مزدوجة من ناحية الشكل ومن ناحية الموضوع أما من ناحية الشكل فإنها كمظهر حركى يسرى عليه كثيراً مما

---

(١) المرجع السابق ، ص ٣١٥ ـ ٣١٦ .

(٢) مجلة الطب النفسى الاسلامى ، السنة الثامنة ـ العدد ٣٥ يوليو ـ ١٩٩٣م، ص ٢٩ .

ذكر فى التغيرات التى تطرأ على الحركة كالقلة والبطء والتوقف وهو من ناحية الموضوع يدل على محتوى التفكير سواء كانت هذه المحتويات مضطربة أو سليمة فالكلام قد يختلف من حيث الكم والسريان ومدى تحقيقه لوظيفته الاجتماعية ، من هنا كان اهتمام الباحثين باللغة عند المرضى العقليين مؤكدين على أن المرض العقلى هو اضطراب شديد يصيب تكامل الشخصية ويؤثر فى علاقات الشخص الاجتماعية مما يتطلب معه التدخل العلاجى ومن أكثر الأمراض العقلية التى يظهر فيها إضطراب اللغة جلياً واضحاً مرض الفصام والهوس والاكتئاب .

وقد يسأل لماذا الفصام ؟

لأن هذا المرض من بين الأمراض العقلية ذات النسب المرتفعة فى الانتشار وترى بعض التقديرات أن الفصام يصيب حوالى ٠,٨٥٪ إلى ٣٪ من المجموع العام للشعب فإن كان تعداد مصر خمسين مليوناً يكون عدد الفصاميين قرابة ٢ مليون وأيضاً مرض الفصام من الفئات الاكلينكية التى لاقى سلوكها اللفظى الدراسة والاهتمام فى الخارج وهناك ما يشير إلى وجود اضطراب يلحق بهذا الجانب من جوانب السلوك ونحن فى مصر نرغب فى الوقوف على أشكال اضطرابه فى اللغة العربية .

اضطراب التفكير عند المرضى العقليين :

تعد اضطرابات التفكير سمة رئيسية عند مرضى الفصام وقد تركزت النظرية العلمية لهذا المرض فى اضطرابات التفكير سواء كانت هذه النظرية سيكلوجية أم طبية أم فسيولوجية ويؤدى هذا الاضطراب فى التفكير إلى التأثير فى العمليات العقلية العليا .

وركزت معظم دراسات اضطراب الكلام على اضطراب التفكير التصورى والسؤال الآن هل اضطراب التفكير له علاقة باضطراب اللغة ؟

فالإجابة على هذا السؤال ليست يسيرة ويكتنفها قدر من الغموض وعدم الحسم وقد سبق وأن رأينا إنه لم يكن هناك فرق بين دراسة اللغة والتفكير مما دعا (كربيلن وبلويلر) لدراسة اللغة باعتبارها دراسة للتفكير [١] .

ميكانيكية التشابك العصبى التوافقى فى المرض الوظيفى لحالة المرض العقلى :

قد يكون الذين يمرضون عقلياً ، هم الذين لا يستطيعون أن يتكيفوا عندما يواجهون كميات أو أنواعاً شاذة من الرسالات الكيميائية أى لا يمكنهم تهدئة آثارها المهيجة ولقد بين (جون جريفيث) أنه على الرغم من ظهور الفصام العقلى مع جنون العظمة فى جميع الأشخاص الذين وضعهم تحت التجربة عندما أعطاهم عشرة ملليجرامات من الامفيتامين كل ساعة ــ فإن معدل الاختلافات الفردية فى مقاومة تلك المجموعة من الأعراض كان ملحوظاً فإن أحدهم أصبح يعانى جنون العظمة خلال ساعات بينما أستغرق ذلك من عدد منهم عدة أيام فهل فى الامكان أن تكون هذه الاختلافات الفردية إنعكاساً لطاقات الميكانيكيات التشابكية المركزية فى الأشخاص المختلفين ؟

ومما يثير الاهتمام ملاحظة النمو المتوازى للفكر فى التحليل النفسى فقد إفترض " فرويد " عاملاً قد يؤدى إلى المرض العقلي ، وقد أطلق عليه إسم " القلق العصبى " وكان أول ما فكر فيه حول العامل المسبب لمعظم الأمراض العقلية هو أن الطاقة الغريزية (Libido) المكبوتة ، يمكن أن تتحول إلى قلق وقد عبر

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٩ : ص٣٠ .

(ويلهلم رايخ) عن هذه النظرية بطريقة مادية للغاية إذ كتب عن الإشباع الجنسى أنه بمثابة العلاج الناجح الكامل (١) .

وفيما بعد وضع فى إعتباره أهمية وظائف (الأنا) المثبطة فى إتجاهها الذاتى الممل لتلطيف الآثار الخارجة على السيطرة وبعد ذلك لفترة آخرى أصبح ذلك بمثابة الوساطة بين متطلبات الذات والمجتمع (الذات العليا) واتخذ نظرية تفيد بأن الفارق بين الصحة والمرض يكمن فى قدرة الفرد على التلطيف والسيطرة على الغريزة لديه وقد وجه الذين جاءوا بعد فرويد والفرويديون الجدد ـ تركيزاً شديداً على سيكولوجية " الأنا " وعلى القدرة التكيفية والسيطرة ، كإنذار منبئ بالمرض العقلى أو بالنجاح فى الحياة ولقد أكد السيكوباثولوجيون الاختباريون والباحثون أيضاً على هذا البعد مثلاً قام " لويل سنورمز " بالاشتراك مع " وليام بروين " بوضع نظرية باثوسيكولوجية عن الشيزوفرينيا ، تفترض عيباً فى هؤلاء المرضى يتميز بقصور فى القدرة على تلطيف حالات الاثارة فإن هذا يحدث تعميماً زائداً فى الإدراك والمعرفة ، مما يؤدى إلى خلل مميز بالفكر ولقد تمكنا من تأييد هذه النظرية بواسطة تجارب معملية وبعد دراسة لمجموعة من الأطفال الدنمركيين من أمهات المريضات بالشيزوفرينيا دامت عدة سنوات تمكن دكتور " سارنوف مرنيك " من التمييز بين الأطفال الذين سوف يمرضون وأولئك الذين سوف لا يمرضون على أساس قدراتهم الفردية على إخماد الاستجابات اللاإرادية للمؤثرات المفزعة ولقد ظهر الذين سيصبحون مرضى ـ فيما بعد ـ أنهم غير قادرين على تحمل المؤثرات المسببة للضغوط وقام " هانيزليمان " و " توماس بان " فى عملها لبيان شرح الرموز الكتابية السيكوباثولوجية للاضطرابات العقلية

---

(١) أرنولدج . ماندل ، البيولوجيا فى خدمة الانسان فى الصحة .. والمرض . وتحديد النسل (ترجمة د. توماس بطرس روفائيل) ، مطبوعات كتابى ، الاسكندرية ، ١٩٧٢ ، ص٢٢٨ .

يوصـف مجموعـة فرعيـة مـن مرضـى الشـيزوفرينا الذيـن لـم تتعـود إسـتجاباتهم التوجهية للتعرف المتكرر (١) .

المشكلات الناتجة عن الأمراض العقلية :

- المشكلات الاقتصادية .
- مشكلات العلاقات الاجتماعية .
- المشكلات الوجدانية والنفسية .
- مشكلات المرض المزمن .
- المشكلات السلوكية .
- مشكلات البيئة وإمكانياتها .
- المشكلات الناتجة عن الجهل والمعتقدات الخاطئة .

أولاً : المشكلات الاقتصادية :

يتسبب المرض العقلى فى الكثير من المشاكل الاقتصاديـة وتبـدو واضحـة فى المستشفيات العامة حيث يذهب إليها فئات ذات مسـتوى اقتصـادى معيـن وهـذه المشاكل قد تدفع المريض إلى مقاومة العلاج ورفضـه أو تكـون سـبباً فـى إنتكـاس المرض وتأخير الشفاء .

١ ـ المرض وخاصة إذا كان مفاجئاً وإذا تضمن جراحـة مثـلاً فإنـه يؤثـر فـى ميزانية الأسرة لا تتحمل تكاليف العلاج ويؤثر ذلك فى خطـة الأسـرة فـى حياتها وقد تضطر إلى الخروج عن المألوف فى نظام حياتها .

٢ ـ إذا كان المريض هو العائل الوحيد لأسرته وليس لـه أي دخـل أو مـورد آخـر وخاصـة إذا تسبب دخولـه المستشـفى إلـى إنقطـاع هـذا الدخـل فـإن

---

(١) المرجع السابق ، ص٢٢٩ .

الأسرة تواجه موقفاً قد تضطر فيه إلى الاستدانه أو بيع الممتلكات أو خروج الابناء من دراستهم أو خروج الزوجة إلى العمل .

٣ ـ يأبى الكثير من الناس العلاج فى المستشفيات المجانية لما يشاع عن عدم الثقة فيه ونتائجه غير المضمونة وهؤلاء فى نفس الوقت لا يقدرون على تحمل نفقات العلاج الخاص فيضطرون للاحتفاظ بمرضهم الذى قد يستعصى علاجه فيما بعد ويحتاج إلى فترة طويلة .

٤ ـ قد تكون الحالة الاقتصادية سبباً فى عدم تنفيذ خطط العلاج وفى جميع الأحوال المتقدمة (١) .

تتضح ضروة أن يعمل الاخصائى على توفير الموارد والمساعدات المالية التى تخدم المريض وأسرته خلال فترة إقامته بالمستشفى وبعد خروجه منها حتى يعود إلى حالته الطبيعية وحتى يمنع حدوث مضاعفات ومشاكل جديدة مترتبة على المشكلة الاقتصادية .

ثانياً : مشكلات العلاقات الاجتماعية :

أ ـ مشكلات العلاقات الأسرية :

١ ـ إن وجود المريض فى المستشفى لفترة من الزمن قد يخشى معه على باقى أفراد أسرته وعلى من يرعاهم فى غيابه وأيضاً خوفاً من أن تضعف علاقاتهم به وإذا قلت زيارتهم له أعتبر ذلك نبذاً من الأسرة له .

٢ ـ قد يخشى أحد الزوجين فى حالة وجوده بالمستشفى للعلاج على الطرف الآخر من وجوده بمفرده وخاصة إذا كان الزوج هو الموجود بالمستشفى فإن الغيرة قد تستبد به ويفضل الاحتفاظ بمرضه عن الغيبة عن منزله .

---

(١) إقبال محمد بشير وإقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، ١٩٨٣ ، ص٤٥ .

٣ - قد تنهار بعض الروابط الأسرية نتيجة للمرض فقد يطلب أحد الزوجين الطلاق إذا وجد أنه لا يستطيع الاستمرار فى الحياة الزوجية بسبب المرض .

٤ - قد يكون المرض سبباً فى تفكك العلاقات الأسرية وتهدمها إذا كانت المعاملة للعضو المريض فيها نوعاً من الأهمال فتتأثر العلاقات فيما بعد بهذه المعاملة فيخرج المريض بعد شفائه أكثر حباً أو أكثر كرهاً لأحد أفراد الأسرة أو الأسرة كلها .

٥ - إن غياب الأب والأم عن المنزل بسبب المرض سيحد من كفائته وقدرته على توجيه أفراد الأسرة الأمر الذى لا يتيح لهم فرص التنشئة الاجتماعية السليمة وقد يدفع ذلك الأبناء بسبب شعورهم بالأهمال إلى البحث عن مصادر آخرى ينالون منها الاهتمام وقد تكون غير مرغوبة (١) .

ب - مشكلات العلاقات الخارجية :

١ - قد تتأثر علاقات المريض الاجتماعية إذا كان يعانى من مرض عقلى فقد يقطع بعض أصدقائه وأقاربه صلتهم به فيشعر المريض بأنه منبوذ منهم .

٢ - يرفض بعض المرضى أن تتغير أساس علاقاتهم بالناس فبعد أن كان تبادل الود والصداقة يصبح أساسها الأشفاق والمساعدة ويرفض دخول المستشفى مفضلاً الاحتفاظ بالمرض على تغير علاقاته الاجتماعية وشعوره نحوها .

٣ - يرفض بعض المرضى حياة المستشفى حيث يشعر بالعزلة وفى نفس الوقت لا يستطيع ممارسة أنشطته الاجتماعية وعلاقاته المختلفة .

---

(١) المرجع السابق ، ص٤٥ .

ثالثاً : المشكلات الوجدانية والنفسية :

مثل المخاوف الناتجة عن المرض والتى تسبب القلق أحياناً أو سبباً فى مقاومة العلاج أو مخاوف عامة تتمثل فى الخوف من الموت فى حد ذاته ومثل خوف المرضى من المستشفيات وكرههم ما فيها من ممرات طويلة وسكون ورائحة المستشفى والآلات الغريبة بها ، وقد يكون الخوف مرتبط بالعلاج المجانى حيث قد يعنى ذلك للمريض عدم جدوى هذا العلاج بالاضافة إلى الأهمال الذى يشيع عن هذا العلاج

وكما قد يكون الخوف من دخول المستشفى قد يكون الخوف من الخروج بسبب المسئوليات التى تنتظرهم أو أن الأسرة بامكانياتها لن توفر لهم الرعاية والعناية وما يحتاجون إليه ، وقد تكون مخاوفه نتيجة أن المستشفى أصبحت فى نظره هى المكان الذى يشعر بالاطمئنان على نفسه فيه وإذا كان المريض متواكلاً فالخروج من المستشفى يهدد كيانه النفسى حيث كانت المستشفى فرصة أشبعت له هذا التواكل .

رابعاً : مشكلات المرض المزمن :

تواجه المريض بعض الصعوبات الناتجة عن الأمراض المزمنة وأول هذه المشكلات هو صعوبة تكيف المريض مع المستشفى وأيضاً المشكلات الناتجة عن استمرار العلاج مثل متطلبات العلاج الطويلة من الناحية المالية بالاضافة إلى أن المرض سيضع على المريض بعض القيود والحدود على حركته ونشاطه وعلاقاته بالآخرين كما قد يضطره المرض المزمن (١) إلى التخلى عن عمله أو

---

(١) المرجع السابق ، ص٩١ .

تغييره وإذا أضفنا إلى هذا إن حالة إزمان المرض حالة من الصعب على الشخص المريض أن يتقبلها ويعيش بها .

ومثل هذه الأمراض المزمنة تحتاج إلى جهود متواصلة من جانب الخدمة الاجتماعية بحيث يحتاج المريض إلى التشجيع والوقوف بجانبه خلال الفترة الطويلة التى يرتبط فيها بالمرض حتى يستطيع المريض تحقيق أقصى ما يمكن من استغلال قدراته لمواجهة أعباء الحياة والأعباء النفسية الناتجة عن المرض .

خامساً : المشكلات السلوكية :

إن المرض بما فيه من مشاكل يخلق فى نفسية المريض صراعاً يعبر عنه بأنواع من السلوك لا يفهمها ولا يفهم دوافعها أحياناً وعلى الأخصائى أن يتعرف على آثار المرض فى المريض ويجب أن يميز الأخصائى الاجتماعى بين نوعين من الآثار أو السلوك فى حالات المرض هما :

أ - الآثار الدائمة ب - الآثار المؤقتة

أ - الآثار الدائمة :

وتتكون نتيجة لخبرات وتجارب أثرت فى تركيب الشخصية أثناء المرض وتأخذ صورة تشاؤم أو تردد أو مخاوف تنتاب المريض وتبحث هذه الأعراض وجدانات تتعلق بالمرض كالخوف من الموت أو الشعور بالنقص كما تأخذ صورة تدلل وحساسية واستغلال وما إلى ذلك تبعاً للتجارب التى مر بها الفرد.

ب - الآثار المؤقتة :

فهى أعراض سلوكية لم تعرف فى شخصية المريض ولكنها تظهر فى بعض المراحل المرضية الحرجة كالاعتماد على الغير وسرعة الاستثارة أو شدة

الحساسية والرجوع إلى بعض ألوان السلوك الخاصة بالطفولة كالبكاء والتشبث بأشياء تافهة وما إلى ذلك من ألوان التصرفات غير المألوفة فى حياتهم .

سادساً : مشكلات البيئة وأمكانياتها :

كثيراً ما تكون الظروف البيئية سبباً فى بعض المشكلات حيث لا يوجد حل لها (١) . فقد ينظر المجتمع إلى بعض الأمراض نظرة عار وسخرية وخصوصاً الأمراض العقلية وهذه النظرة قد تدفع المرضى للاحتفاظ بمرضهم خوفاً من إعلان حقيقته وقلة المواد الطبية المناسبة وعدم وجود دور خاص للنقاهة ونقص الامكانات وعدد المستشفيات وسعتها وقلة عدد الأطباء والفنين بالنسبة لعدد المرضى وأخيراً نقص عدد الأخصائين الاجتماعيين النفسيين والذين قد يساعدون المرضى فى الاستفادة من كل الفرص المتاحة فى البيئة واستغلالها أقصى استغلال ممكن وعدم وجود الفرص السهلة للمريض لتغيير عمله أو الحصول على عمل خفيف كل هذه مشكلات تواجه المرضى وتكون ناتجة عن قصور إمكانيات البيئة أو أن ظروف البيئة بمختلف مستوياتها الثقافية والحضارية سبباً فى هذه المشكلات.

سابعاً : المشكلات الناتجة عن الجهل والمعتقدات الخاطئة :

للثقافة دوراً آخر فى الربط بين المرض والظروف والأحوال الاجتماعية والثقافية التى نعنيها هنا هى تلك الأساليب المعيشية التى تقررت على مر الزمن والتى تعد بمثابة المعين والهادى لتصرفات الناس ومن أوضح خصائصها أنها مكتسبة يتعلمها الناس ويتناقلونها فى المنزل والبيئة والمدرسة والمصنع والمجتمع.

---

(١) المرجع السابق ، ص٩٢ .

فبيئة المريض الثقافية وكذلك محصلته الثقافية لها صلة وثيقة بنجاح التشخيص والعلاج لحالته والنهوض بمجتمعه تبعاً لذلك .

وتكون العادات والتقاليد سبباً يدفع كل من المريض والأسرة إلى إغفال المرض أو التقليل من شأنه وبالتالى يتأخر إكتشافه ويحتاج إلى وقت طويل للشفاء أو يكون المرض قد تمكن من المريض بصورة يجعل من الصعب إن لم يكن من المستحيل علاجه بالاضافة إلى أن القيم السائدة فى المجتمع قد تعرقل إستفادة المرضى من المستشفيات الموجودة فى البيئة مثل الأفكار السائدة عن المستشفيات الموجودة فى البيئة مثل الأفكار السائدة عن المستشفيات الحكومية والمعاملة والعلاج والتغذية بها (١) .

---

(١) المرجع السابق ، ص٩١ .

خـاتمـة :

إتضح من العـرض السـابق " إن المـرض العقلـى يسـتحق منـا أن نحسـب حسابه وأن نقدر خطواته وأن نفهم طبيعته وسره وأن نؤمن بوجوده كمرض محـدد المعالم له أسبابه ودوافعه ويتم تشخيصه بإيجابيات العلم الحديث المتطور وبأساليب الأبحاث النفسية الدقيقة والمرض العقلى يستحق منا التعرض له بمزيد من الدراسة والفهم وبالوعى الكـافى لجوانـب الوقايـة مـن حدوثـه بـدلاً مـن اسـتخدام مادتـه فـى السخرية (١) .

كما إتضح لنا أن هناك العديد من تصنيفات الأمراض العقليـة إستعرضت لبعضها لكى ألقى الضوء على الأمراض العقليـة سـواء كـانت وظيفيـة أو عضويـة والمشـكلات الناتجـة عـن الأمـراض العقليـة عامـة . وحيـث أن الأمـراض العقليـة متعددة فقد قمت بشرح كل مرض بشـئ مـن الاختصـار . وسـوف أركـز فـى هـذا الفصل على مرض الفصام بشئ من التفصيل .

(١) يسرى عبد المحسن ، مستشفياتنا العقلية وكلمة حق ، كتاب اليوم الطبى العـــــدد ٦٣ ، ١٩٨٧ ، القاهرة " ، ص١٣٧ .

الفصل الثاني
الفصام
(ماهيته - أسبابه - أنواعه - مراحله)

مقدمة :

لقد تمت مجهودات ضخمة لحصر نسبة الإصابة بالفصام بين المجتمعات المختلفة ولم يكن هذا الأمر يسيراً مأموناً فنحن وإن كنا نستطيع حصر النسبة فى مستشفيات الأمراض العقلية فلا نستطيع حصر كل الفصاميين فى المجتمع ، إلا بعمل مسح شامل لقطاع معين وفحص جميع المواطنين وهذا أيضاً ليس بالفعل اليسير وحتى النسبة الموجودة بالمستشفيات فهى لا تعطى نسبة مأمونة نظراً لأن الفصاميين الذين يدخلون المستشفيات يعانون اضطراب السلوك ، وقد ضاعت عندهم قوى التوافق مع المجتمع ورفضوا العلاج والاقتناع بمرضهم ولكن ما أكثر من يعانى من هذا المرض ويعز على أهله أن يلحقوه بالمستشفى وما أكثر من يحميه المجتمع الخاص الذى يعيش به ولا يعترف بمرضه كما لا يندر أن يخفى المريض الكثير من أعراضه ويصيب الفصام حوالى ٠,٨٥ ــ ٣٪ من مجموع العام للشعب أى أنه إذا كان تعداد مصر سبعة وخمسين مليوناً فإن عدد الفصامين ٢ مليون نسمة وهى نسبة خطيرة خاصة إذا أخذنا فى الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد فى سن الشباب والنضوج أى فترة العمل والدراسة والازدهار الفكرى ما يجعل الفصام ليس بظاهرة مرضية فقط بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية حيث إنه يؤثر على ساعات العمل وارتباط العائلة ، فضلاً عن تفكك الأسرة ويؤدى إلى الأنطواء وأحياناً إلى سلوك إجرامى مضاد للمجتمع ، ويمثل مرض الفصام حوالى ٦٠ ـ ٧٠٪ من المرضى نزيلى مستشفيات العقول .

وكان البعض يعتقد أن الفصام لا يظهر فى المجتمعات المتخلفة وإنه يترعرع مع الحضارة ولكن ثبت خطأ هذا الظن ، لأن الدراسات أشارت إلى وجوده بنفس النسبة الموجودة فى الأماكن المتحضرة ولكن تختلف مظاهر المرض حسب الحالة الثقافية والحضارية والاجتماعية فمثلاً تصل نسبته فى السويد إلى

حوالى ٣٪ من مجموع الشعب وهى من أعلى النسب العالمية ويحتمل ذلك لصدق وثبات الاحصاء وسهولة الحصول على البيانات اللازمة فى البلاد المتقدمة ، وقد وجد المؤلف فى أحد أبحاثه أن نسبة الفصام بين مرضى عيادة الطب النفس بمستشفيات جامعة عين شمس حوالى ١٥,٣٪ من كل الحالات وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية نظراً لأن الأخيرة تستقبل حالات منتقاه الذهان أم العيادات الخارجية فتمثل تقريباً النسبة بين مرضى العصاب والذهان (١).

وسوف أعرض فى هذا الفصل مرض الفصام بشئ من التفصيل من حيث ماهيته وخصائصه المميزة وأسبابه وتقسيماته حسب هيئة الصحة وأنواعه وأهم عناصر تشخيص التناذرات الفصامية والدراسة السريرية للتناذرات الفصامية وأهم المراحل المتتابعة للعملية الفصامية وأخيراً الوقاية من الفصام .

نبذة تاريخية عن مرض الفصام :

إن اصطلاح الفصام العقلى معروف تماماً إلا أنه غير مفهوم فهماً جيداً والمشكلة الخاصة بكلمة فصام ترجع إلى أن الأطباء النفسيين لا يتفقون على معناها فبعض المؤلفين يعتبرون الفصام العقلى مرضاً وبعضهم يعتبره مجموعة أعراض تظهر فى وقت واحد " التناذر " وآخرون يعتبرونه أسلوباً من أساليب الحياة .

فالعالم البلجيكى موريل (١٨٦٠) وصف هذا المرض بأنه تدهور عقلى وجسمانى وأخلاقى ثم جاء العالم كالبوم (١٨٧٤) ووصفه بأنه توتر عقلى أو أنه دليل على مرض عقلى خلقى .

---

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٤٨ .

أما إميل كرابلين (١٨٥٥ ــ ١٩٢٦) فيقول أن الفصام العقلى نوع من Demetia وهو ضرب من الجنون ينشأ عادة فى أواخر عهد المراهقة ويتميز بفقدان الاهتمام بالناس والأشياء وبسلوك غريب منحرف نتيجة تدمير الاتصالات الداخلية للنفس .

وتقول اروبين سترانكى (١٨٧٧ ـ ١٩٤٠) إن مرضى الفصام يعانون من الافتقار إلى التعبير عن التأثر ومن تدمير الاتصال العاطفى ويتصفون بعدم التنسيق بين محتويات المخ النفسية وغير النفسية أما سيجموند فرويد (١٨٥٦ ــ ١٩٣٩) وهو طبيب أمراض عصبية نمساوى ومؤسس طريقة التحليل النفسى يعتقد أن الفصام العقلى يحدث عندما يكون الفرد متأثر بمرحلة النرجسية (حب الشخص لذاته) التى تؤدى إلى الفشل فى التكيف مع الحياة الرشيدة .

وأعراض الفصام هى النكوص أو الإرتداد إلى أنماط التفكير والسلوك البدائية التى تميز مرحلة الطفولة وحاول فرويد أن يوضح الأوهام التى يتعرض لها المريض مثل الشعور بالاضطهاد والشعور بالعظمة والغيرة والاشتهاء المماثل الكامن والمريض لا يعيش فى انسجام مع الآخرين ولكنه يعيش متجهاً نحو الموت (١) .

وهذا النوع من التفكير يوجد عند الأفراد المراهقين الخجولين المحبين للعزلة ويجدون صعوبة فى عمل علاقات شخصية مع الغير .

---

(1) Mostafa Kamal EL - Din, Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia, Moster of neurology, And Psychiatry, Faculty of Medicine university of Alex., 1992 , P. 1 - 4 .

أما أدولف ماير عالم نفسانى (١٨٦٦ ـ ١٩٥٠) ولد فى سويسرا وعمل فى الولايات المتحدة هو الذى وضع فكرة أن فصام الشخصية هو بصفة عامة سلوك مبالغ فيه لدى الشخصيات غير العادية ويقول هو رد فعل أو إستجابة خاطئة أو بديلة لمحاولة غير كافية أو وقائية أو هروبية للتكيف وبعد ذلك يكون غير قادر على التعبير عن أفكاره كما يكون حساساً جداً بالنسبة لآراء الآخرين وينمى علاقات اجتماعية قليلة جداً ويؤدى تفكيره الخاطئ ونقص العلاقات الاجتماعية إلى الانغماس فى خيال غير عملى لا يمكن تحقيقه .

أما ايجن بلوير (١٨٥٧ ـ ١٩٣٩) هو الذى اقترح اسم (فصام) ليدل على إنقسام أو إنفصال فى الوظائف النفسية ويعتقد أن العلاقة الشخصية السليمة القوية بين الممرضة والأخصائى والمريض لها تأثير مفيد فى علاج المريض .

أما كارل جوستاف (١٨٧٥ ـ ١٩٦١) يعتقد أنه مرض الانقسام فى التفكير ناتج عن صراع غير واعى وهو أول من رأى إمكانيه العلاج السيكوسوماتى للجهاز العصبى المركزى فى الفصام العقلى .

أما هارى ستاك سوليفان (١٨٩٢ ـ ١٩٤٩) يقول أن مفهوم الفصام لا يكمن فى الفرد وإنما يكمن فى تعارض الفرد مع العالم (١) .

وكلمة " شيزو " بالألمانية معناها فصام أو تفكك ، أما كلمة " فرينيا " فمعناها النفسى بمعنى أن الشيزوفرينيا هى تصدع النفس أو إنشطارها إلى أجزاء متفرقة (٢) .

---

(1) Abid : P. 4 - 10 .
(2) Yosry Abd AL Mohsen, Basicpsychaiatry, Cairo, P. 3 .

لمحة تاريخية حول إشكالية التصنيف :

منذ بدايات إرساء الدعائم الأولى للطب النفسى الحديث ، كان فصل الفصام كوحدة مرضية منعزلة ، إشكالاً عبر التاريخ ولا يزال قائماً[١] ، إلى حد ما الآن ففى سنة ١٨٥٧ وصف الطبيب النفسى الفرنسى " موريل " تناذراً مرضياً نفسياً يصيب صغار السن (المراهقين خصوصاً) ويتبع تطوراً وخيماً وأطلق عليه تسميه (العته المبكر) وأعتبره نتاجاً لتنكسّ بارتى وفى عام ١٨٧٤ فصل الطبيب النفسى الألمانى " كوهلبوم " التناذر الجمودى كوحدة مرضية مستقلة وكان قد بدأ دراسة الهبفرنيا (الخبل العقلى) سنة ١٨٦٣ وأستكملها تلميذه (هيكر) الذى فصل هنا التناذر وفى سنة ١٨٩١ وصف الطبيب النفسى الروسى " كورساكوف " حالة نفسية ذات بدء حاد وتطور وخيم بينما قدم طبيب فرنسى وصفاً دقيقاً للحالات الهذيانية المزمنة التى يتطور بعضها إلى تنكسّ نفس شامل وخيم (العته المتبلد) إلا أن الأبحاث اللاحقة أثبتت أن هذه التناذرات لا تنتهى دائماً بالعته بل تتبع تتطورات متباينة كما لا تنحصر بشكل مطلق فى صغار السن مما زعزع تصنيف " كريبلين " الذى ينطلق فى منهجيته من طبيعة الطور الانتهائى للمرض النفسى إذا أن ١٣٪ من هذه الحالات تشفى مما يفصلها عن الحالات الآخرى .

وفى ١٩١١ انطلق الطبيب النفسى السويسرى (بلويلر) من منهجية مختلفة فى دراساته للتناذرات النفسية الموصوفة (بالعته المبكر) فاعتمد على معايير الأعراض والتطوّر والأمراض النفسية وانتهى استنتاج أن الاضطراب الرئيسى فى هذه التناذرات يتمثل فى الفصام (أو التفكك) النفسى واقترح إطلاق تسمية خاصة عليها ابتكرها هى : (السكيزوفرنيا) (أى الفصام الذهنى) وظلت هذه التسمية

---

(١) محمود هاشم الودرنى ، مدخل إلى الطب النفسى وعلم النفس المرضى .

معتمدة إلى الآن ، إلا أن حدودها ومضامينها تختلف من بلد لآخر ومن مدرسة طبية لآخرى .

ودرس (بلويلر) الأعراض الفصامية من منظور ديناميكى وقسمها إلى نمطين الأعراض البدائية المتبلورة فى التفكك ـ الذهنى والتى أعتبرها مميزة للفصام والأعراض الثانوية ورأى (بلويلر) فى العنصر العرضى .

ساند الباحث (شاسلان) (بلويلر) فى وجهة نظره وأدخل مفهوم (التفارق) كمفهوم وصفى رئيسى فى الفصام بينما توصل " كلود " إلى ضرورة الفصل بين وحدتين مرضيتين مختلفتين ومستقلتين هما العته المبكر الذى ينجم عن اضطرابات عضوية والفصام الذى ينجم عن تطوّر مرضى للشخصية (١) .

ماهية الفصام وخصائصه :

١ ـ هو مرض ذهانى يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التى تؤدى إن لم تعالج فى بادئ الأمر إلى اضطراب وتدهور فى الشخصية والسلوك وأهم هذه الأعراض اضطرابات التفكير والوجدان والادراك والسلوك (٢) .

٢ ـ مرض الفصام عبارة عن مجموعة من المتلازمات المرضية التى غالباً ما تبدأ فى مرحلة مبكرة من العمر وتؤدى إلى قابلية ملحوظة للأنسحاب من

---

(١) المرجع السابق ، ص٢٥٤ .

(٢) أحمد عزت راجح ، أصول علم النفس ، القاهر ، سجل العرب ، ١٩٦٥ ، ص٦٠ .

الواقع وتدهور الشخصية ويحدث بالمرض أعراض تدل على اضطراب مختلف الشدة فى التفكير ، العاطفة ، إدراك الحواس والسلوك (١).

٣ ـ الفصام اضطراب ذهانى وقد يكون عدة اضطرابات متشابهة وليس اضطراباً محدداً علامته المميزة اضطراب التفكير وانفصاله أحياناً عن الوجدان وهذا ينعكس فى سلوك المريض ، فيصبح السلوك غريباً وغير مألوف ويعيش مريض الفصام المتدهور حالماً فى عالمه الخاص به (٢).

٤ ـ اضطرابات الفصام هى أعراض متزامنة من التشويش والاختلال تبرز من خلالها الوهم والهلوسة حيث يسيطر على سلوك الإنسان الخيال المنجم (٣) .

٥ ـ هو مرض عقلى ذهانى وظيفى حاد يؤدى إلى انشطار وعدم انتظام فى الشخصية وتدهور تدريجى فى كافة الجوانب الانفعالية والسلوكية والفكرية (٤) .

٦ ـ الفصام هو أكثر الأمراض العقلية الذهانية الوظيفية شيوعاً وهو جوهر الطب النفسى ويعتبر الطبيب الألمانى (كريبلن) أول من وصفه سريريا عام ١٨٩٦ وأطلق عليه العته المبكر بعد قوريل وهو يصيب الشباب بين سن (١٥ ـ ٣٥) ويسميه (بلويلر) الفصام العقلى عام (١٩١١) وينتشر فى دول الغرب بنسبة ٠,٨٥٪ .

٧ ـ تعريف جميعة علم النفس الأمريكية : مجموعة من الاستجابات الذهانية تتميز باضطراب أساسى فى العلاقات الواقعية وتكوين المفهوم

---

(١) حلمى أحمد حامد ، مبادئ الطب النفسى ، القاهرة ، دار الصفا للطباعة والنشر ، ط١ ، ١٩٩١ ، ص٢٩ .

(٢) عبد الرءوف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، القاهرة ، مطابع الأهرام ، ١٩٩٢ ، ص١٣٧ .

(٣) نورى الحافظ ، التكيف وأنعكاساته الايجابية ، مرجع سابق ، ص٢٨٤ .

(٤) عطوف محمود ياسين ، أسس الطب النفسى الحديث ، مرجع سابق ، ص٢٨٤ .

واضطرابات وجدانية وسلوكية وعقلية بدرجات متفاوتـه كما يتميز بميل قوى للبعد عن الواقع وعدم التناغم الانفعالى والاضطرابات فى مجرى التفكير والسلوك الارتدادى ويميل إلى التدهور فى بعض الحالات (١) .

ومن خلال التعريفات السابقة نجد أن مجموعة خصائص للفصام هى :

١ – إنه مرض عقلى ذهانى جاد .

٢ – يبدأ فى الغالب فى مرحلة المراهقة .

٣ – ينتشر بين الفتيان والفتيات .

٤ – يؤدى إلى قابلية ملحوظة للإنسحاب من الواقع .

٥ – من أهم أعراضه اضطرابات التفكير والوجدان والادراك والارادة والسلوك .

٦ – قد يكون له عدة اضطرابات .

٧ – يعيش مريض الفصام فى عالم خيالى خاص به .

٨ – يبدو سلوك المريض غريباً وغير مألوف .

٩ – يسيطر على سلوك الانسان الهلوسة .

١٠ – إن لم تعالج الأعراض فى بادئ الأمر تؤدى إلى اضطراب وتدهور فى الشخصية والسلوك .

١١ – يؤدى إلى انشطار وعدم انتظام في الشخصية .

١٢ – يتميز باضطراب أساسى فى العلاقات الواقعية .

---

(١) جمعه سيد يوسف ، سيكلوجية اللغة والمرض العقلى ، عالم المعرفة ، العدد ١٤٥ ، ١٩٩٠ ، ص ص١٩٨ : ١٩٩ .

مدى انتشار المرض :

الفصام هو أكثر الأمراض الذهانية انتشاراً ، حيث يصيب ١٪ أو ٢٪ من مجموع السكان ويكون الفصاميون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية . فهم يكونون حوالى ٢٥ ــ ٣٣٪ من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة وتبلغ نسبة الفصامين حوالى ٥٠٪ من المرضى العقليين وتظهر معظم حالات الفصام عادة بين سن ١٥ ـ ٣٠ سنة وتصل إلى أقصاها فى أواخر العقد الثالث من العمر (١) .

ويحدث مرض الفصام فى كل المجتمعات لكن معدل اكتشاف الإصابة به تزداد فى البلاد الاسكندنافيه وألمانيا ، أنجلترا ، الولايات المتحدة الامريكية واليابان عنها فى البلاد النامية (٢) .

والفصام ينتشر بين الرجال والنساء بنسبة ٢ ــ ٤٪ وقد توقع بعض الباحثين أن يكون أكثر انتشاراً بين الرجال نظراً لزيادة تعرضهم لمشاكل الحياة وأعباء العمل ولكن هذا لا يمنع أن تزيد نسبة الفصام بين الرجال قبل سن الثلاثين وبين النساء بعد هذا السن وتظهر معظم حالات الفصام أى حوالى ٧٠٪ بين سن (١٥ ـ ٤٠سنه) .

وقد تبين من الدراسات المختلفة أن مرض الفصام ينتشر فى الأماكن المكتظة بالسكان حيث الفقر والجريمة والتعطل والانحرافات الاجتماعية الآخرى

---

(١) حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسى ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط٢ ، ١٩٧٧ ، ص٤٥١ .

(٢) حلمى أحمد حامد ، مبادئ الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص٢٩ .

كما أن ٤٠٪ من الحالات تظهر فى الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى كالعمال غير المهرة أو غير الفنين كما أن هذا المرض أكثر إنتشاراً فى العزاب عنه فى المتزوجين والبعض يعزو ذلك إلى أن هؤلاء المهنيين وراثياً لهذا المرض كثيراً ما يميلون إلى الانسحاب من المجتمع والعزلة والأنطواء مما يجعل النسبة تبدو أكثر ظهوراً بينهم .

وقد وجد أن الذين يهاجرون إلى بيئات وثقافات مختلفة اختلافاً كبيراً عن بيئاتهم وثقافاتهم التى هاجروا منها يكونون أكثر عرضة للفصام (١) .

ونسبة من يشفون منه تتراوح عادة بين ٥٪ إلى ٢٠٪ أما البقية الباقية فتبقى فى المستشفيات فى تدهور مستمر حتى الوفاة ويعتبر هذا المرض من الأمراض المستعصية فى الطب العقلى والنفسى ولم ينل أى مرض من الأمراض العقلية اهتماماً من العلماء مثل الاهتمام الذى يناله هذا المرض (٢) .

أسباب مرض الفصام : وهى كالآتى :

١ ـ العوامل الوراثية .
٢ ـ العوامل البيئية .
٣ ـ العوامل الكيميائية .
٤ ـ العوامل العضوية .
٥ ـ عوامل أثناء النمو .
٦ ـ العوامل المساعدة .
٧ ـ العوامل الأسرية .
٨ ـ الشخصية .
٩ ـ اضطراب الجهاز العصبى .

---

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٤٨ ، ص ٤٥٢ .

(٢) سعد جلال ، فى الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، مرجع سابق ، ص٢٠٣ .

أولاً : العوامل الوراثية :

ولمعرفة مدى أهمية هذا العامل علينا بدراسة نسبة المرض بين التوائم المتشابهة ويوضح لنا الجدول معظم هذه الابحاث مع النسبة المئوية للأصابة بالمرض .

نسبة الفصام فى التوائم المتشابهة

الباحث	السنة	عدد التوائم	عدد المرض	النسب المئوية
لوكسنبرج	١٩٣٤	٢٧	٩	٣٣٪
روزانسوف	١٩٣٤	٤١	٢٥	٦١٪
أزنمولر	١٩٤١	١١	٦	٥٥٪
كولمان	١٩٦٤	١٧٤	١٢٠	٨٥,٩٪
سليتر	١٩٥٣	٣٧	٢٤	٧٦٪
أنسوى	١٩٦١	٥٥	٣٣	١٩٪
تينازى	١٩٦٣	١٦	٣	١٩٪
كرنجليس	١٩٦٤	٦	صفر	صفر٪
جوتسمان	١٩٦٦	٢٤	١٠	٤٢٪
كرنجليس	١٩٦٧	٥٥	٢١	٣٨٪
فيشر	١٩٦٩	٢١	١٠	٤٨٪
بوليس	١٩٧٠	٨٠	١١	١٣,٨٪ (١)

ومن هنا نستطيع قبول النسبة للتوائم المتشابهة من ٣٠ ـــ ٤٠٪ وللتوائم المتآخية ١٠٪ أى أن نسبة الاصابة بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عنها فى التوائم الغير متشابهة يرجع إلى جين موروث غير قابل للتحول إما مرتد أو سائد ويكون حدوث المرض فى نصف أقارب الوالدين من ٠,٩ إلى ١,٨٪ بين كل

---

(١) أحمد عكاشه ، الطب النفس المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٥١ .

الأقارب من ٧ إلى ١٥٪ وبالنسبة للأطفال الذين لهم والد أو والدة مصاب بالفصام من ٤٠٪ إلى ٦٨٪ (١) .

نسبة حدوث الفصام فى أسرة وعائلة المريض بالفصام

صلة القرابة	النسبة المئوية لحدوث الفصام
الشقيق التوائم من بويضة واحدة	٦٠ ـ ٧٠٪
الشقيق التوأم من بويضتين	٩٪
أولاد المريض	١٢٪
أحد الأبوين	٥٪
أبناء العم والخال	٣٪
أبناء الأخوة والأخوات	٢٪
الأعمام والأخوال	٢٪
أشتاء المريض	٨٪ (٢)

والفصام الوراثى أو الأصلى يختلف عن الفصام المتفرق أو العضوى فمريض الفصام الوراثى يكون لديه قريب من الدرجة الأولى عنده نفس المرض أما مريض الفصام المتفرق أو العضوى فيعانى من عدم الاستواء بدرجة أكبر (٣).

(1) Yosry Abd EL Mohesen, Basic Paychiatry, Op. Cit. P. 3 .

(٢) عبد الرؤف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص١٤٩ .

(3) Mostafa Kamal EL-Din , Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia, op. Cit, P. 13 .

ثانياً : العوامل البيئية :

من الملاحظ أن مرضى الفصام يكثرون فى الطبقات الفقيرة ذات الامكانات المحدودة كما لوحظ أن الفصاميين المتدهورين ينحدرون إلى طبقات أقل مستوى من طبقتهم الأصلية وتسمى هذه الظاهرة الفصامية بالانحدار الطبقى (١) .

وفى الدراسات الايكولوجية وجد أعلى حدوث للفصام فى أكثر الاماكن غير المنظمة والغالب وجودها فى وسط المدينة وقد اعتقد (بلويلر) أن مثل هذه البيئة هى نتيجة وليست سبباً للمرض واعتقد آخرون أنها مسئولة عن المرض إما بشكل غير مباشر حيث إنها تخلق ظروفاً قبل العزلة الاجتماعية التى تتوافق مع بداية ظهور الفصام عند أولئك الذين لديهم أسباب مبكرة أو مباشرة بتعريض الطفل الذى يتربى فى هثل هذه المناطق إلى أن يكون لديه أنواع معينة من صفات الأسرة والحرمان الاقتصادى والسلوك الإجرامى أو اضطراب اجتماعى (٢).

وتتكون هذه العوامل فى مجموعها من العوامل الاجتماعية والثقافية . ويرى علماء النفس السلوكيون بأن للتعلم دوراً فى ظهور أعراض الفصام العقلى وبخاصة أساليب الاشتراط التى تؤدى إلى تعزيز بعض أنماط السلوك غير المرغوب اجتماعياً أو المنحرف مثل التفكير غير المترابط والميل إلى العزلة والانطواء والشعور بالخيالات وغيرها .

وتميل بعض النظريات الاجتماعية إلى التركيز على عامل أو آخر من العوامل الاجتماعية ، إذ يرى بعضها أن للضغوط التى يتعرض لها الفرد فى

---

(١) عبد الرؤف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص٢٥٠ .

(2) Yosry Abed EL Mohsen, Basic Psychiatry, Opcit P. 112 .

مراحل الطفولة والمراهقة بالاضافة إلى استعداده للإصابة بالمرض دوراً فى اضطرابه غير أنها تختلف فى تحديد نوع الضغوط وآثارها . فبينما يرى أحد الآراء أن للصدمات المبكرة فى حياة الفرد ، وبخاصة ما يتلقاه من عقاب بدنى وما يلقاه من سوء المعاملة ، تأثير على إصابته بالاضطراب ، يرى رأى آخر بأن فقدان العائل أو موت أحد الأطباء وما شابه ذلك يساعد على حدوث الاضطراب . كما تتجه بعض الآراء إلى النظر إلى أساليب التدليل والحماية الزائدة كعوامل مهيئة للإصابة بالاضطراب .

وتشير نتائج بعض الدراسات إلى وجود ثلاثة بين الحالة الاقتصادية واحتمال الاصابة بالفصام ، إذا اتضح أن نسبة الاضطراب تزداد بين الطبقات الفقيرة ويفسر العلماء هذه العلاقة على أساس أحد احتماليين هما :

أ - أن إضطراب العلاقة بين أفراد الأسرة بسبب سوء الأحوال المعيشية والضغوط الاقتصادية قد يجعل استجابة الفرد تتشابه مع أعراض الفصام العقلى .

ب - أن المرض العقلى يؤدى بدوره إلى سوء الحالة الاقتصادية بسبب إهمال المريض لعمله واضطراره إلى الانقطاع أو العمل بوظائف صغيرة أو غير ذات أهمية وذات دخل منخفض (١) .

ثالثاً : العوامل الكيميائية :

لوحظ أن بعض عقاقير الهلوسة مثل ل . س . د L.S.D او المسكالين أو الحشيش أو الامفيتامين تؤدى إلى اضطرابات فى التفكير والانفعال وهلاوس

---

(١) رمضان محمد القذافى ، الصحة النفسية والتوافق ، الجماهيرية الليبية ، دار الرواد ، ١٩٩٢ ، ط١ ، ص١٠٧ ، ص ١٠٨ .

وهذاءات شبيهة بمرض الفصــام . ممـا جعـل العلمـاء يفكـرون فـي احتمـال وجـود تغيير كيميائي داخلي في جسم هؤلاء المرضى شبيه بمـا تحدثـه هـذه العقـاقير وقـد اتجهت الأبحاث نحو دراسة الاضطرابات الكيميائية في الهرمونات العصبية مثل : الادرينـامين ، والسيروتونين ، وغيرهـا وقـد أيدت التجـارب الحديـث إنــه يوجـد اضطراب في ميثيله هرمون الأدرينالين في مرضى الفصام لدرجة أنــه إذا أطعمنـا بعض الفصاميين بمركبات كيميائية بها مستحضرات ميثيلية تزيد أعراضهم بشدة ولقد استطاع بعض العلماء اسـتخلاص بروتيـن معيـن [1] مـن دم مرضـى الفصـام يسـمى تاراكسـين (Taraxein) وإذا أعطينـا هـذا الـبروتين لمتطوعيـن أسـوياء يصابون بأعراض فصامية وقتية كذلك أدى حقن التاراكسين فـي بعـض الحيوانـات إلى اضطراب واضح في سلوكهم . مما يجعلنا نستدل علـى أن لهـذا الـبروتين مـن الخـواص مـا يسـبب هـذه الاضطرابـات الخطـيرة وبالتـالي فإنــه يوجـد تغـيرات فسيولوجية وكيميائية في مرضى الفصام .

وحديثاً كثرت المناقشة حول ظهور (النقطــة القرمزيـة) فـي بـول مرضـى الفصام ، فقد لوحظ انه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى على ورق حساس للضوء تظهر نقطة قرمزية في موضوع معين من هذا الورق الحساس وهذا لا يحدث مـع البول الطبيعي أي أنه يوجد اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضـى الفصـام يؤدي إلى وجود مركبـات كيميائيـة شـاذة فـي البـول فـالبعض يقـول إن سـببها هـو العقاقير الكيميائية التي تعطى لهؤلاء المرضى والبعض الآخر يؤكد إنها تفاعل مـن الطعام الذي يأكله هؤلاء المرضى وهذه الظاهرة تقل في مرضـى فصـام البارنويـا عنها في الأنواع الآخرى حيث تصل نسبتها حوالي ١٠٪ أمـا فـي الفصـام البسـيط وفصـام المراهقـة فتظهـر فـي حوالـي ٨٠٪ مـن الحـالات وإذا إسـتطعنا تشــخيص

---

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٦٢ .

مرضى الفصام بالكشف عن البول فسيؤدى ذلك إلى تطور خطير فى العلاج والوقاية .

كذلك نشأت نظرية تؤيد أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم وأنه يجرى فى دم الفصاميين أجسام مضادة (Antibodies) تتفاعل مع مولدات مضادة (Antigens) فى المخ تسبب اضطرابات فى الجهاز العصبى يؤدى إلى أعراض هذا المرض .

وحاول البعض أخيراً إيجاد ترابط بين نوع الطعام والفصام فقد لاحظ دوهان ١٩٦٦ أن عدد مرضى الفصام فى المستشفيات فى السويد والنرويج وفنلندا انخفض أثناء الحرب العالمية الأخيرة بينما زاد بشكل واضح فى كندا والولايات المتحدة وبعد الحرب زاد هذا المرض زيادة حادة فى الدول الاسكندنافية وبتحليل هذه النتائج ونقص بعض المواد الغذائية أثناء الحرب وجد الباحث أن نسبة الفصام تزيد ثلاث مرات فى البلاد التى يستعمل فيها القمح كغذاء أساسى عنها فى البلاد التى لا تستعمله كذلك وجدت مادة خاصة تفرز مع عرق مرضى الفصام ــ حامض الهكسونيك) وأن استجابة مرضى الفصام لمادة الهستامين تحت الجلد محدودة وتعود إلى طبيعتها بعد العلاج .

وقد استقر الرأى الآن على أن لأعراض الفصام علاقة وثيقة بزيادة نسبة الموصل العصبى الدوبامبين بل وزيادة عدد المستقبلات الدوباميه ما بعد المشتبكات العصبية . وكل العقاقير المضادة للفصام تخفض من نسبة الدوبامين فى المخ ويبدو أن موصلات آخرى تلعب دوراً فى نشأة الفصام مثل السيروتونين

والاستتيـل كـولين والببتيدات وأن عدم توازن هذه الموصلات هو الحافز لأعراض الفصام (١) .

ويعالج مرضى الفصام بنجاح كبير بالعقاقير التى تصلح أو تعـوض من الناقـلات الكيميائية ولكن ما الذى يحدث هذا الاختلاف الكيميائى وهل هو حقاً كثرة مستقبلات الناقلات الكيميائية أو شئ آخر (٢) .

رابعاً : العوامل العضوية :

أ - بروتينيات سامة .
ب - أمينات بيلوجية نشطة .
جـ - أجسام مضادة شاذة .
د - عمليات الهدم والبناء .
هـ - الهرمونات .
و - الفيتامينات .
ز - أيونات غير عضوية .

أ - بروتينات سامة :

اقترح العديـد مـن البـاحثين إمكانيـة أن يوجـد عـامل سـام فـى دم مرضـى الفصام وقد برهن بعضهم على هذا بأنه بروتين الجلسونولين (٣) .

ب - أمينات بيولوجية نشطة :

بعض مواد الهدم والبناء الميثيلية للمواد الصبغية مسـببة كحرحـات نفسـية عقلية مثل المواد المسببة للهلوسة ٣,٤ (Dmpel) والـذى وجـد فـى بـول مرضـى الفصام الحاد وعند إجراء التجارب على الفئران فقد سبب لهم اضرابات سلوكية .

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٦٣ ، ص٢٦٤ .

(٢) عبد الرءوف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص١٥١ .

(3) Yosry Abdel Mohsen, Basic Psychiatry, op. Cit, P. 4 .

جـ - أجسام مضادة شاذة :

نادى بعض الباحثين بأنهم وجدوا مولداً مضاداً معيناً من مرضى الفصام الذين قدموا دليلاً على أن الفصام قد يكون نتيجة وجود اضطرابات جسم مضاد مولد ووحدوا أن بروتين Globulin Plorma كجسم مضاد مسئول عن ذلك ووضعوا له اسم (Taraxion) .

د - عمليات الهدم والبناء للكربوهيدرات :

قد يكون هناك احتمال شاذ لجلوكوز يتبع الهضم عن طريق الفهم عند مرضى الفصام وقد وجد (Frohmon) أنه فى هذه الحالة من الفصام هناك نقص فى قدرة استخدام الطاقة المتاحة فى رد الفعل فى الضغط بسبب نقص فى الهدم والبناء للكربوهيدرات وقرر أن وجود الشذوذ فى البلازما هو الذى يؤدى إلى إنتاج شاذ للبيروفات .

هـ - الهرمونات :

وجد أن مستوى الهرمون الدرقى (من الغدة الدرقية) إزداد أثناء فترة الاغماء التخشبى ثم عاد إلى طبيعته برهن على أن فى بعض المرضى فإن الجرعات الزائدة من الثيروكسين سبب شفاء واضح وشعر بأنه كان من الممكن أن التوكسين النتروجينى يزيد فى تركيزه وينتج عنه حالة عقلية وعندما تحقق مستوى معين زالت بعض آليات النتروجين واستبعد التوكسين فقط لكى يبنى بعد ذلك وهكذا فإن الثيروكسين قد يكون مزيلاً لمادة التوكسين النتروجينى ولم يبرهن على ذلك ولكنه محتمل (١) .

---

(1) Ibid., P. 4 .

و ـ الفيتامينات :

نادى (Hoffers) بأن حامض (النيكوتينيك) يسبب تحسناً هائلاً فى حالات الفصام المزمنة إذا أعطى بجرعات ضخمة لفترة طويلة .

ز ـ أيونات غير عضوية :

الزنك ، والماغنسيوم يفترض أنها زائدة فى دم المصابين .

خامساً : عوامل أثناء النمو :

كان البالغون المصابون بالفصام يوصفون فى طفولتهم بأن لهم علاقة غير عادية بالكوابيس والتبول اللاإرادى ومراهقة مذعورة وابتعاد عن المنزل وقد وصف آخرون بأنهم محبون لمطالعة الكتب والعزلة وعدم وجود أصدقاء ولديهم وعى ذاتى وأحلام يقظة وحساسية زائدة بمزاج متفجر أحياناً وجماعة ثالثه كانت منذ السن المبكرة غير اجتماعية وخجولة ولديها نقص فى الخصائص (١) .

سادساً : العوامل المساعدة :

أ ـ عوامل جسمية :

دلت الشواهد الاكلينيكية على أن كثيراً من الأمراض الجسمية تكون أحياناً الزناد الذى يفجر مرض الفصام فنلاحظ الفصام بعد الحميات والولادة وبعض أمراض الجهاز العصبى والصرع وأورام المخ .

ب ـ عوامل نفسية :

لا نستطيع أن نجزم بأن الإجهاد أو الشدة أو الإرهاق أو الصدمات النفسية والانفعالية أسباب مباشرة لمرضى الفصام لكن لاشك أن هذه العوامل تؤثر على الاستعداد الوراثى وتظهر المرض فى كافة أعراضه عندما تفشل قوى التكيف

---

(1) Ibid. , P. 5 .

الطبيعية فى الفرد فى مقاومة هذه الصدمات خاصة أن الاجهاد يزيد من نسبة الأدرينالين فى الجسم ونظراً لاضطراب تمثيله فى مرضى الفصام فيحتمل ظهور المرض ولكن يوجد علاقة وثيقة بين نكسات مرضى الفصام والتورط الانفعالى فى الأسرة من الحماية الزائدة إلى إحساس عدوانى لا شعورى إلى التعليقات التى تحمل فى طياتها نقداً لاذعاً (١) .

سابعاً : العوامل الأسرية :

بصرف النظر عن العوامل الوراثية تبين أن الفصام غالباً ما يأتى من أسر العلاقة بين الأبوين على أحد الأشكال التالية :

أ ـ عدم الارتباط والانسجام العاطفى بين الأبوين أو وجود طلاق وجدانى بين الأبوين والعلاقة بينهما ظاهرية فقط .

ب ـ أن تكون العلاقة بين الأبوين غير متكافئة كأن يكون أحدهما متسلطاً بينما الآخر مستكيناً منقاداً (٢) .

ويصعب فى الواقع التنبؤ بأنه إذا ظهرت علاقات أسرية معينة يحتمل معها ظهور اضطرابات نفسية معينة مثل الفصام . ذلك لأن هذه الاضطرابات تعد محصلة لسلسلة من التأثيرات والظواهر الأسرية مثل طبيعة الأسرة ونوعية العلاقات بين الآباء والأبناء وسمات شخصية الوالدين ومدى تقبل الأبناء والعلاقات بين أعضاء الأسرة وأسلوب التنشئة الاجتماعية .

---

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع ، ص٢٥٠ .

(٢) عبد الرءوف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص١٥٠ .

أ ـ طبيعة الأسرة :

هل الأسرة منعزلة عن غيرها أو مندمجة مع غيرها من أسر ؟ حيث تقتصر العلاقات والاتصالات فى الأسرة المنعزلة على أعضائها وتنحصر فى نطاقهم وتحول هذه العزلة الاجتماعية دون أن يشترك أعضاؤها فى نشاطات المجتمع وتوقعاته فينظر إليهم جيرانهم باعتبارهم غرباء عنهم وليسوا منهم وفى هذا النوع من الأسر يحظر أحد الوالدين الذى له السيطرة والأهمية وعادة ما تكون الأم على بقية أعضاء الأسرة بل تمنعهم من إقامة علاقات خارجية عن الأسرة مع غيرهم ، الأمر الذى يترتب عليه تدهور شخصياتهم ويصعب عليهم تنمية علاقاتهم الخارجية ، ويزداد مع ذلك احتمال التمهيد لظهور السلوك المضطرب بين أبنائها(١) .

ب ـ سمات شخصية الوالدين ـ العلاقات بين الآباء والأبناء :

تعتبر شخصيات الوالدين بمثابة مؤشر مناسب يساعد على فهم العلاقات بين الآباء والأبناء ، طالما كانت سمات شخصياتهم تعد بمثابة مؤشرات تؤثر على علاقاتهم الدينامية بأبنائهم .

فلقد لوحظ أن السيطرة قلت أو زادت وأن عدم استقرار الوالدين من بين أكثر السمات دلالة بين الأطفال الذين يعانون من الفصام وهذا ما تؤكده نتائج دراسة من (ليدز وليدز) (Lidze) عندما وجد أنه من بين (٥٠) من هؤلاء الفصاميين قد أنحدر (٤٥) عن أسر غير مستقرة ويتسم والديهم بعدم الاتزان بينما

---

(١) على عبد الرازق جلبى ، الطب النفسى الاجتماعى النظرية والتطبيق ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ ، ص٥٦ .

أنحدر (٥) منهم فقط من أسر مستقرة نوعا وأمتاز فيها الوالدين بالتوافق والاتزان النسبى .

جـ - العلاقات بين أعضاء الأسرة :

استطاع بعض الباحثين من خلال دراستهم للعلاقات بين أعضاء الأسر للكشف عن نوع من الجنون عرف بينهم تحت اسم الجنون الثنائى حيث لوحظ أن إصابة أحد الأشخاص بالجنون يرد إلى تأثره بشخص آخر مصاب بهذا المرض على أنه ليس من الضرورى أن ينتقل التأثير ليشمل من شخص لآخر على علاقة ببعضهما ، بل قد ينتقل هذا التأثير ليشمل ثلاثة أو أربعة أشخاص ، وربما أعضاء الأسرة ككل وما يرتبط بهم من أصدقاء .

د - أسلوب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة :

ولعل عزلة الأسرة والسمات الشخصية للوالدين ، والعلاقات بين الآباء والأبناء والعلاقات بين أعضاء الأسرة ، التى يحتمل معها أن يصاب الأبناء بالفصام أو غيرها من أنماط الاضطرابات النفسية والعقلية تطبع فى مجموعها أسلوب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة وتجعل الوالدان وبخاصة الأم تتجه فى تعاملها مع الأبناء نحو الاستبداد والسيطرة وعزل الأبناء عن محيطهم الأمر الذى يسهم فى تأخير نموهم واستقلالهم العاطفى وعزلتهم عن جماعات القرناء ويجعلهم عرضة للإصابة بمثل هذا النوع من الاضطرابات ، وهذا ما أكده لوداس (Ludoes) فى كثير من دراساته لأثر التنشئة الاجتماعية على الاحتمال الاصابة بالفصام [1] .

---

[1] المرجع السابق ، ص٥٧ - ٦٠ .

ثامناً : الشخصية :

تلعب الشخصية دوراً هاماً فى تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام ولا يدع ذلك للدهشة خاصة إذا عرفنا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل عاملى البيئة والوراثة وأن الشخصية الحافزة للفصام ما هى إلا مورثات ضعيفة لهذا المرض ، تحتاج لعوامل بيئية وفسيولوجية مختلفة لظهور المرض نفسه وقد تعددت الآراء بالنسبة للشخصية المهيئة للفصام ومن أهم الأبحاث فى هذا الصدد ما قامت به مجموعة من الكليات بجامعة الاسكندرية بالاشتراك مع المركز القومى للبحوث من هذه الكليات كلية الآداب ، كلية الطب ، المعهد العالى للصحة عن موضوع التحليل البنائى لاضطرابات الشخصية بين طلاب جامعة الاسكندرية فى الفترة ما بين ١٩٧٠ ـ ١٩٨١ . فقد ظهر مرض الفصام يمثل أكبر حجم بين الاضطرابات الشخصية بين سكان أحياء المدينة يليها الهوس ثم الاكتئاب وأخيراً الصرع (١) .

تاسعاً : اضطرابات الجهاز العصبى :

من الشواهد الهامة أن بعض الأمراض العضوية فى الجهاز العصبى تؤدى إلى أعراض شبيهة بالفصام وإن لم يفحص المريض طبياً بعناية ودقة يحتمل تشخيص أعراضه بالفصام ومن أمثلة ذلك زهرى الجهاز العصبى والحمى المخية وأورام الفص الجبهي والصدغى فى المخ وهبوط نسبة السكر فى الدم مما يدل على أن الاضطراب العصبى يؤدى إلى أعراض فصامية وأن الفصام ذاته من المحتمل أن يكون سببه اضطراب فسيولوجى فى الجهاز العصبى (٢) .

---

(١) على عبد الرازق جلبى ، نادية عمر ، الطب الاجتماعى النظرية والتطبيق ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٢ ، ص٣١٥ .

(٢) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٥١ .

تقسيم الفصام حسب هيئة الصحة العالمية لسنة ١٩٩١ :

١ ـ الفصام البسيط .

Simple

٢ ـ الفصام الهيبفريني (البلوغ ـ المراهقة) .

Hebephrenic

٣ ـ الفصام الكتاتوني (الجامودى ـ التخشبى) .

Catatonic

٤ ـ الفصام البارانوى (الزوراني ـ الضلالى) . .

Paranoid

٥ ـ الفصام غير المميز .

Acute Undifferentiated

٦ ـ إكتئاب ما بعد الفصام .

Post - Schizophrenic Depression

٧ ـ الفصام المتبقى .

Residual

٨ ـ الفصام الوجداني .

Schizo - affective

٩ ـ أ آخرى غير محددة .

Unclassified

ـف نستعرض لكل نوع من الأنواع بشئ من التفصيل (١) .

أنواع الفصام :

١ ـ الفصام البسيط : Simple Schizophrenia

وهو من أصعب الأنواع تشخيصاً لعدم وضوح الأعراض تماماً وتداخله مع الاضطرابات الاخرى . بدايته غير حادة فى سن مبكرة (١٥ ــ ٢٥ سنة) وتطوره بطئ وتدريجى حتى ينتهى بتدهور مستمر فى الشخصية إذا لم يعالج

---

(١) منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩١ .

وتكون البداية بتوهم العلل المرضية والتركيز على العادة السرية أو الطمث أو رهاب الموت أو المرض وأحياناً أعراض العصاب وأهم خصائصه :

١ ــ اضطراب الوجدان (مثل التبلد الانفعالى أو اللامبالاة) وكذلك ضعف الارادة السلبية .

٢ ــ اضطراب طفيف فى التفكير مع ضعف التفكير التجريدى وصعوبة التركيز .

٣ ــ ينتشر بين أقرباء مرضى الفصام وموظفى الدرجات السفلى ــ متوهمى العلل البدنية والمدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسياً والعاهرات ويوصف الفصامى البسيط غالباً بأنه طيب وخجول ومقتصر وفى حالة مما يجعله لا يطلب العلاج إلا متأخراً بعد سنوات من زحف المرض (١).

٢ ــ الفصام الهيبفرينى : Hebephrenic Schizophrenia

ويتميز سلوك المريض من هذا النوع بالنكوص إلى مرحلة من مراحل الطفولة الأولى التى لا يراعى فيها عرفاً أو تقاليد إذ أن المريض قد يمارس العادة السرية علناً دون إعتبار لمن هم حوله ، وقد يكشف عن عورته دون حياء أو تردد، كما يتميز ببلادة العاطفة إذ قد يسمع عن وفاة أقرب المقربين إليه دون أن تهتز مشاعره وكأن الأمر لا يعنيه أو يمت إليه بصلة ، هذا بالاضافة إلى التفكير الذى لا منطق فيه والهلوسة والأوهام التى تشف عن نزعته إلى الجنسية المثلية ويمتاز بأنه يمكن التحدث إليه ، وإن كان معظم حديثه يمتلئ بالرموز وبضرب الأمثال مما يجعل حديثه صعباً على الفهم (٢).

---

(١) فؤاد محمد كامل وآخرون ، مدخل إلى الطب النفسى الإكلينيكى ، بدون ناشر ، ١٩٨٢ ، ص١٦ .

(٢) سعد جلال ، فى الصحة العقلية ، مرجع سابق ، ص٢٠٩ .

٣ ـ الفصام الكتاتونى : Catatonic Schizophrenia

بداية حادة فى سن متأخرة عن الفصام البسيط والهيبفرينى (٢٠ ـــ ٤٠ سنة) وأهم ما يميزه اضطراب الارادة والحركة مع الأعراض الكتاتونية بالاضافة إلى اضطراب الكلام وهو يستجيب للعلاج بسرعة ويمكن تقسيمه إلى نوعين :

أ ـ الفصام الكتاتونى المتهيج :

ويتميز بالهياج أو النشاط الحركى المفرط الذى كثيراً ما يصل إلى حد العنف ومن الصعب فهم عواطفه ولا يمكن التنبؤ بافعاله أو فهم معناها لأنها نابعة من الاضطراب بداخله وليست موجهة من البيئة خارجه .

ب ـ الفصام الكتاتونى :

ويتميز بالتثبيط الذى يظهر فى شكل سبات وبكم وخلف والانثنائية الشخصية وكذلك الوضع التصلبى أو التمثالى أو وضع الجنين أو حتى وضع الميت [(١)] .

٤ ـ الفصام البارانوى : Paranoid Schizophrenia

ويتميز هذا النوع بظهور هذاءات الاضطهاد وهذاءات العظمة فى تفكير المريض وتصرفاته . ففى هذاءات العظمة قد يسمع المريض " صوت الله " أو يرى نفسه نبياً أو قديساً أو صاحب جاه وسلطان أما فى هذاءات الاضطهاد فقد يشعر المريض بشخص ما أو مجموعة من الناس تتعقبه وتريد به شراً . فأحياناً يرى المريض أن بعض القوى الأجنبية أو حتى أصهاره أو أبناءه أو إخوته يعملون لهدف الإضرار به أو محاربته أو مطاردته أو من أجل الحصول على أمواله أو

---

(١) فؤاد محمد كامل وآخرون ، مدخل إلى الطب النفسى والاكلينيكى ، مرجع سابق ، ص١٧ .

ـ ـيلاء على ممتلكاته وتعتبر الهذاءات من التفسيرات الخاطئة للحقائق أو الحوادث التى تقع يومياً فى محيط المريض وفى بيئته القريبة كما قد يشعر المريض بالهلاوس التى قد تحدث بسبب فقدان الاستبصار مما يجعله عاجزاً عن التفرقة بين صور ذكرياته البعيدة وبين خبراته الادراكية التى تأتيه من الخارج .

كذلك يتميز الفصام البارانوى باضطرابات الوجدان فى البداية ثم تتحول فيما بعد إلى الشعور بعدم المبالاة ، كما فى حالة المرضى المزمنين وقد تظهر على المريض أعراض التطرف الدينى الذى يكتسب صبغة عدائية أو عدوانية (١).

٥ ـ الفصام غير المميز : Undifferentiated Schiz

هى حالات ذهانية تستوفى الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أى نوع من الأنواع المذكورة أعلاه أو تعكس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقى وإكتئاب ما بعد الفصام وبعد أن تكون قد تمت محاولة تصنيف الحالة فى واحدة من المجموعات الأربعة السابقة (٢) .

٦ ـ إكتئاب ما بعد الفصام :

نوبة اكتئابية قد تطول مدتها فى مرحلة تعقب مرضاً فصامياً ويجب أن تكون هناك بعض الأعراض الفصامية سواء الايجابية أو السلبية ولكنها لا تهيمن على الصورة الاكلينيكية وفى حالة ما إذا كان المريض لا يحمل أعراضاً فصامية عندئذ يجب إستخدام تشخيص نوبة إكتئابية ، أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة وبارزة فإن التشخيص عندئذ يكون تبعاً لنوع الفصام الملائم ومن غير

---

(١) رمضان محمد القذافى ، الصحة النفسية والتوافق ، مرجع سابق ، ص١٠٢ ، ص١٠٣ .

(٢) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٩٥ .

المؤكد وغير الأساسى بالنسبة للتشخيص ما إذا كان ظهور الأعراض الاكتئابية هو لانطفاء الأعراض الفصامية وليس نتيجة لظهور مرض جديد أو ما إذا كان الاكتئاب هو جزء داخلى من الفصام أكثر منه رد فعل نفس له ونادراً ما تكون الأعراض على درجة من الشدة أو الشمول بحيث تستوفى شروط تشخيص نوبة اكتئابية حادة وكثيراً ما يكون من الصعب أن نقرر أى من أعراض المريض نتيجة للاكتئاب وأى منها نتيجة للعلاج الدوائى المضاد للذهان أو نتيجة لاضطراب الارادة والتسطح الوجدانى الخاص بالفصام نفسه ويصاحب الاكتئابى خطورة عالية فى الانتحار (١) .

٧ - **الفصام المتبقى :**

ويسمى أيضاً بالفصام الثمالى وهو يترك بعد أن يشفي أثار بالشخصية مثل الجرح الذى يترك ندبه بعد التئامه (٢) .

وهو يعقب الاصابة بنوبة فصام ، حيث تظل بعض الأعراض الفصامية موجودة بصورة ضئيلة باهتة ، ويعتاد المريض على هذه الأعراض بالتدريج ويتكيف المريض بدرجة من النجاح مع حالته المرضية كما تصبغ الصورة العامة ضحالة العواطف وكثيراً ما يشبه هذا النوع اضطراب نمط الشخصية إلا أن ما يعرف عنه أن للفصام تاريخ سابق لنوبة فصامية صريحة (٣) .

---

(١) المرجع السابق ، ص٢٩٥ .

(٢) حلمى أحمد حامد ، مبادئ الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص٣٥ .

(٣) فؤاد محمد كامل وآخرون ، مدخل إلى الطب النفسى الاكلينيكى ، مرجع سابق ، ص٢٠ .

٨ ـ الفصام الوجدانى :

وهنا يظهر مزيج من أعراض الفصام مع مظاهر صريحة مع الاكتئاب أو الهوس ويميل هذا النوع من نوبات متكررة يشفى بعدها المريض تماماً دون أى تدهور فى الشخصية ، مما يجعل الفصام الوجدانى شبيها بالذهان الوجدانى من ناحية نوباته المتكررة والقابلية للانتكاس إلا أن الاضطرابات الأولى فى الأخير يكون فى الوجدان بينما فى الفصام الوجدانى تكون الاضطراب الأولى فى التفكير وتوجد الأعراض الوجدانية والفصامية مقترنة ببعضها فى نفس الوقت ومن المفيد تقسيم الفصام الوجدانى إلى :

أ ـ الفصام الوجدانى الهوس .

ب ـ الفصام الوجدانى الاكتئابى .

٩ ـ أنواع آخرى غير محددة :

الفصام شبه العصابى :

وهو يبدأ بأعراض عصابية ، لكن الانسحاب من المجتمع والانفصال عن الواقع تتجاوز حدود العصاب وتكون هذه الأعراض فى هيئة سلوك هسيترى غامض أو أعراض قهرية شاذة أو أعراض شديدة من القلق أو التوهم المرضى وبالمتابعة لمدة طويلة تتحول هذه الحالات شبه العصابية إلى الفصام بصورته الكلاسيكية (١) .

الانذار Prognosis :

الانذار فى الطب هو التنبؤ بمسار ونهاية المرض إما بالشفاء التام العاجل أو البطئ بالعلاج أو بدونه أو إزمان المرضى على أى شكل كان ويعتبر الانذار يسير ونتيجة المرض بجانب دقة التشخيص محك مهارة وحذق الطبيب النفسى .

---

(١) المرجع السابق .

أ ـ إنذار حسن .　　　　　ب ـ إنذار سيئ .

أ ـ إنذار حسن :

١ ـ إذا حدث الفصام فجأة وبشكل حاد .

٢ ـ نضوج وتماسك وإتزان شخصية المريض قبل حدوث الفصام .

٣ ـ إرتفاع ذكاء المريض .

٤ ـ ظهور الفصام فى سن متأخرة بعد الأربعين .

٥ ـ حدوث الفصام بعد صراعات نفسية أو شدائد عضوية (بعد العمليات الجراحية أو الولادة) .

٦ ـ وجود أعراض وجدانية واضحة على المريض سواء زهو أو اكتئاب .

٧ ـ إذا إستجاب المريض للعلاج .

ب ـ إنذار سيىء :

١ ـ حدوث الفصام فى سن مبكرة أثناء المراهقة أو بعدها وببطء بحيث لا تكون الاعراض واضحة فى أول الأمر وفى شخصية منطوية أصلاً وغير متكيفة مدرسياً أو عملياً أو اجتماعياً .

٢ ـ إذا كان المريض أعزباً أو مطلقاً .

٣ ـ إذا مرت سنة على إصابة المريض قبل اللجوء إلى العلاج .

٤ ـ إستمرار الأعراض الذهانية مع تدهور المريض إجتماعياً .

٥ ـ طول مدة الفصام دون حدوث تحسن فى حالة المريض (١) .

---

(١) عبد الرءوف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص١٥٠ .

الفرق بين الانذار الحسن والانذار السيىء لمرض الفصام

م	فصام ذو إنذار حسن	فصام ذو إنار سيىء
١	وجود أعراض إيجابية أو ثانوية كهذاءات وهلاوس .	ـ وجود أعراض سالبه أو اولية كتبلد وضحولة الوجدان أو سخافة التفكير والكلام وعدم ترابطه وفقدان الدافع .
٢	حدوث المرض بشكل حاد وفى سن متأخرة نوعاً .	ـ حدوث المرض ببطء غير ملحوظ وفى سن مبكرة .
٣	الاستجابة للعقاقير المضادة للفصام .	ـ عدم الاستجابة للعقاقير .
٤	عادة يحدث شفاء .	ـ قد لا يحدث شفاء .
٥	تفكك التفكير غير موجود	ـ موجود أحياناً .
٦	زيادة مستقبلات الدوبامين فى المخ .	
٧		نقص فى عدد خلايا المخ وزيادة نسبة الفجوات المخية إلى حجم المخ كما تظهرها الأشعة المقطعية (١)

الصورة الاكلينيكية للفصام :

١ ـ نقص الأداء الوظيفى عن ذى قبل : حيث يتدهور انجاز الشخص على مستوى العمل والعلاقات الاجتماعية واهتمامه بنفسه ويلاحظ هذا التغير بواسطة الأهل والأصدقاء .

٢ ـ الأعراض المميزة التى تشمل العديد من الوظائف النفسية :

أ ـ اضطراب التفكير .

---

(١) المرجع السابق ، ص١٥١ .

ب ـ اضطراب الادراك (١) .

جـ ـ اضطراب الوجدان .

د ـ الاحساس بالنفس .

هـ ـ الارادة .

و ـ العلاقة بالعالم الخارجى .

ز ـ السلوك .

أولاً : اضطراب التفكير :

يبرز خاصة فى صورة اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكمة فى التفكير وشكل التفكير .

١ ـ اضطراب محتوى التفكير ويشمل الضلالات التى قد تكون متعددة أو غريبة وقد تكون ضلالات اضطهادية (يعتقد الفرد أن آخرين يتجسسون عليه ويخططون لايذائه) أو ضلالات الاشارة (كمن يعتقد أن مذيع التليفزيون يسخر منه) أو ضلالات آخرى مثل العدمية أو العظمة أو ضلال الاعتقاد بأن قوة خارجية تحكم أفعاله وتصرفاته وقد توجد أفكار مبالغ فى قيمتها أو تناقض محتوى التفكير .

٢ ـ اضطراب القوة المتحكمة فى التفكير ، فى شكل توهمه أن أفكاره تذاع على الناس فى وسائل الاعلام أو أفكاره تسحب من رأسه أو توضع فى رأسه أفكار ليست خاصة به وذلك دون إرادة منه وبواسطة قوى خارجية .

٣ ـ اضطراب شكل التفكير ومن أكثر أشكاله شيوعاً فقدان روابط التفكير حيث تنتقل الأفكار من موضوع إلى موضوع آخر مختلف تماماً دون وعى الشخص بذلك وعندما يزداد فقدان الروابط يأخذ شكل عدم الاتساق

(١) محمود حمودة ، الطب النفسى ، القاهرة ، الفجالة ، ١٩٨٥ ، ص١٨٣ .

وقد يوجد فقد فى محتوى الكلام حيث يكون الكلام مناسباً فى الكمية ولكنه يتضمن القليل من المعلومات لغموضه أو لأنه مجرد أكثر من اللازم أو يتصف بالتكرارية والأسلوبية .. وقد يوجد انسداد فى مسار التفكير ولكنه أقل شيوعاً .

ثانياً : اضطرابات الادراك :

يظهر فى شكل هلاوس متنوعة ولكن أكثرها شيوعاً الهلاوس السمعية . هذه الأصوات قد تكون مألوفة لديه وغالباً تكون ألفاظها مهينة له وقد[1] يكون الصوت لشخص واحد أو لعدد من الأشخاص وقد يكون الكلام موجهاً إليه بصورة مباشرة وغير مباشرة وقد تكون الهلاوس حسية أو تكون هلاوس حشوية مثل الاحساس بحركة ثعابين داخل البطن ونادراً ما تكون هلاوس بصرية أو تذوقية أو شمية .

ثالثاً : إضطراب الوجدان :

ويشمل غالباً فقدان الأنفعال أو تناقض الوجدان أو عدم التمايز الوجدانى .

رابعاً : الاحساس بالنفس :

الذى يعطى الانسان السوى الاحساس بالتفرد واتجاه النفس وأحياناً يسمى ذلك بتلاشى حدود الأنا ويظهر ذلك فى صورة إرتباك هوية الشخص ومعنى وجوده فى الحياة أو بعض الضلالات الخاصة .

---

(١) المرجع السابق ، ص١٨٣ .

خامساً : الإرادة :

تضطرب قدرة المريض على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهة وقد يعوق ذلك أدائه لعمله ، فيصبح غير مهتم بعمله ، أو تصبح لديه ثنائية الإرادة التى تؤدى إلى توقف نشاطه الهادف كما يعوق كل شىء حتى النظافة .

سادساً : العلاقة بالعالم الخارجى :

كثيراً ما ينسحب المريض عن العالم الخارجى ومنصب حول ذاته وعندما تزيد هذه الحالة تسمى الذاتوية .

سابعاً : السلوك :

قد تقل حركته ونشاطه التلقائى وتفاعله مع البيئة لدرجة يبدو فيها غير متيقظ للبيئة من حوله وقد يتصلب فى وضع معين ويرفض المحاولات لتغيير هذا الوضع وقد يصبح السلوك غير محكوم وغير هادف وقد يزداد إلى درجة الهياج أو يزداد جزئياً ذلك فى وجود النمطية (١) .

وقد حدد (كورت شنايدر) مجموعة من الأعراض ذات المقام الأول :

١ ـ الإلتقاط السمعى للأفكار (قراءة الأفكار) .

٢ ـ أهلاس سمعية تتمثل فى أصوات تتحدث فيما بينها .

٣ ـ أهلاس سمعية تتمثل فى تعليقات على أعمال المريض .

٤ ـ أحاسيس جسدية (مفروضة) من الخارج .

٥ ـ سرقة الأفكار .

٦ ـ أفكار مفروضة من الخارج .

---

(١) المرجع السابق ، ص١٨٣ .

٧ ـ إنتشار الأفكار .

٨ ـ أحاسيس ومشاعر مفروضة أو موجهة .

٩ ـ إرادة مفروضة أو موجهة (١) .

مراحل متتابعة للعملية الفصامية :

١ ـ يبدأ المرض عادة بأعراض مشابهة للنيورا ستنيا ولذلك يمكننا أن نطلق على المرحلة الأولى النيورا ستينية وبعبارة أدق هى الخمود الجسمانى والعقلى فالشاب الذى كانت لديه عقلية سليمة وقدرة على العمل يصبح متردداً شديد الإحساس بنفسه تقلقه مشاكل ميتافيزيقية بدلاً من الإكتئاب إلى عمله وتعذبه مخاوف لا أساس لها ويتخذ عادات قهرية تزداد شكواه الجسمانية فهو متعب ولديه صراع ومتاعب هضمية وهو عديم النوم وهو يحس دائماً بالدوار وتشتد ضربات قلبه وهو يبالغ فى كافة هذه الأعراض مثله مثل متوهم المرض ويصبح قليل الحيلة بدرجة متزايدة تمثل نفسه بالقلق ويوقف عمله ودراسته ويدير ظهره لأسرته وأصدقائه وينطوى على نفسه ولا يهتم بالعالم وتزداد حساسيته وقابليته للاستثارة والكآبة وغالباً ما تفوت ملاحظة هذه المرحلة على الطبيب فإن المريض لا يلجأ دائماً إلى الطبيب وحتى إذا فعل ذلك فإن شبح الفصام المشؤوم لا يمكن إدراكه الآن ويأمل الطبيب مثل بقية أفراد العائلة أن تكون المسألة ضعفاً مؤقتاً فى الأعصاب يمكن شفاؤه بتغير الجو وتناول بعض المهدئات .

٢ ـ ويثبت عدم جدوى العلاج ويتفاقم المرضى ويتخذ حديث المريض شكلاً مفككاً لا رابط بين أجزائه ويدعى أن الجميع قد أنقلبوا ضده وأنهم يحاولون إيذائه واضطهاده وقتله ودس السم له كما يكشف حديثه عن

---

(١) محمود هاشم الودرنى ، مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي ، مرجع سابق ، ص٢٦٠ .

مبالغة فى تقيمه لنفسه وهذه هى المرحلة البارانوية من الفصام بما يصحبها من هذاءات العظمة والاضطهاد وتتميز بالاتهامات إذا تمتلئ نفس المريض التى تفاقمت حساسيتها بالشك والعداوة .

٣ - ثم يبدأ التركيب الفصامى الكلى فى الاتضاح بجلاء فيتعرض تفكير المريض وكلامه إلى مزيد من الاضطراب ولا يعود فى الامكان فهم المضمون الصحيح لاتهامات المريض وتتحول الهذاءات إلى شذرات عديمة المعنى فالمريض يتكلم دون مرونة أو تعقل ودون تسلسل منطقى وهو غالباً لا يهتم بالمعنى بقدر إهتمامه بإيقاع الكلمات فنجده يكرر تركيبات من الكلمات عديمة المعنى (١) .

الوقاية من الفصام :

تعتبر الوقاية من الفصام من أهم الأمور بالنسبة للمعنيين بهذا المرض إلا أن أسباب الفصام أكثر تعقيداً ولم يلق موضوع الوقاية من الفصام حتى الآن ما يستحق من اهتمام ، نظراً لتشعباته المعقدة .

وفيما يلى ثلاثة أنواع من الوقاية هى :

١ - **الوقاية الأساسية** : وهى تهدف لازالة الأسباب المهيئة التى تؤدى إلى إمكان حدوث الفصام أو تزيد الاستعداد للاصابه به ، سواء كانت تلك وراثية أم بيئية .

٢ - **الوقاية ذات البعد الطولى** : وهى تهدف إلى مساعدة الفرد طوال حياته وخاصة فى المرحلة المبكرة منها على تجنب الظروف والأحداث ،

(١) ترجمة قدرى حفنى ، لطفى فطيم مراجعة د: أحمد عكاسة ، الانسان والجنون ، مذكرات (طبيب أمراض عقلية) ، دار الطليعة ، بيروت ، ١٩٧٥ ، ص٢٠٤ ـ ٢٠٥ .

والأوضاع المستديمة التى من شأنها أن تعجل بمخاطر تحول ما قد كان إمكاناً أو تهيؤ للمرض إلى مرض فعلى .

٣ - **الوقاية من الأزمات** : وهى التى تحاول مساعدة الشخص ذى الاستعداد للفصام على تجنب أحداث ضاغطة من نوع خاص بمقدورها أن تسبب المرض .

وسوف نتناول كل نوع بشئ من التفصيل (١) .

أولاً : الوقاية الأساسية :

يوجد دليل شبه مؤكد أن الاستعداد للفصام له أساس وراثى ووفقاً لما عرف إن مرض الفصام لا يورث ، وإنما الذى يورث هو الاستعداد للاصابة به وعلى ذلك فالوقاية الفعالة تتحدد فى منع إنتقال ذلك الاستعداد الوراثى من جيل إلى جيل بحيث أن الأفراد مهما تعرضوا لخبرات نفسية ضاغطة أو بالغة الأثر ، فإنهم لن يصابوا بالمرض . وكل ما يستطيع الأخصائى قوله هو أنه إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالفصام فإن إحتمال إصابة أطفاله يزيد معدله عن المتوسط العام ، إلا أنه تظل لديهم فرصة لا تقل نسبتها عن ٩٠ إلى ٩٥٪ فى ألا يصابوا بالفصام ومن الصعب النصح بعدم الزواج أو على الأقل بعدم الانجاب، لأولئك الذين يمكن أن يكونوا حاملين للأستعداد الوراثى للفصام ما لم تكن نسبة توريث ذلك الاستعداد عالية . وهى كذلك فى حالة ما إذا كان زوجى المستقبل قد أصيب كلاهما بالفصام.

---

(١) سيلفانوا أريتى ، ترجمة د. عاطف أحمد ، الفصامى : كيف نفهمه ونساعده دليل الأسرة والأصدقاء ، عالم المعرفة العدد ١٥٦ ، ١٩٩١ ، ص٢٢٥ .

إذا كان توريث الاستعداد للفصام قائماً لدى شخص ما ، كان مصمما على الزواج فيجب إرشاده إلى كيفية توفير بيئة أسرية ملائمة وتقليل مخاطر المرض .

الظروف البيئية للطفولة :

يبدو مؤكد أن التهيئة الوراثية للفصام ، يمكن ألغاء تأثيرها ، بتوفير ظروف بيئية ملائمة في فترة الطفولة . وعلى ذلك يجب أن تدور الوقاية من الفصام حول إزالة الأسباب التى من شأنها أن تجعل البيئة الأسرية غير سوية من الناحية النفسية .

زواج الآباء :

يعتبر عدم التوافق الزوجى بين الأبوين من أهم العوامل وأكثرها شيوعاً فى خلق بيئة غير صحية بالنسبة للأبناء . فمن شأن عدم التوافق أن يقوى ما قد يكون قائماً من سمات سلبية فى شخصية كل من الزوجين صحيح أن هناك الكثير من حالات عدم التوافق الزوجى وأن نسبة ضئيلة فقط من أبنائهم يصابون بالفصام. ذلك أنه لابد من أن يكون هناك (١) استعداد وراثى بالاضافة إلى عوامل آخرى كثيرة ، ليس هذا فحسب بل يتعين أن يكون عدم التوافق الزوجى غير ملائم للتكوين النفسى للأطفال بحيث يحول بينهم وبين أن يتوحدوا بدرجة كافية مع أحد الوالدين أو أن يشعروا بالحد الأدنى من الأمان .

الأبوة والأمومة :

قد يجد الازواج غير الموفقين إرضاء وتعويضاً نفسياً فى إنجاب الأطفال وبخاصة فى البيئات الثقافية التى تعتبر فيها الأبوة والأمومة أهم أهداف الزواج ولا

---

(١) المرجع السابق ، ص٢٢٦ ، ص٢٢٧ .

يضار الأطفال كثيراً فى مثل تلك الأحوال أما فى البيئات الثقافية التى تحتل فيها الأبوة والأمومة مكانة هامة أو تعتبر ذات أهمية ثانوية فى العلاقة الزوجية ، فإننا نجد أن الأزواج غير الموفقين يكونون أيضاً آباء سيئيين . وثمة وظيفة للمرأة لا يمكنها التخلى عنها وهى الأمومة . لكن قيامها بتلك الوظيفة لا يعنى إبتعادها عن ممارسة جوانب الحياة الآخرى العديدة والهامة .

ثانياً : الوقاية ذات البعد الطولى :

يهدف هذا النوع من الوقاية إلى التخفيف من أثر الظروف البيئية غير الملائمة فى مرحلة الطفولة . ويحاول تعديل الأحوال الاجتماعية بطريقة تتيح تحقيق أيسر الاحتياجات الأساسية للفرد فى طفولته ، أو صباه أو فى سن الرشد ، ولا تدع الضغوط غير العادية تتجاوز قدرة الفرد على إحتمالها .

والوقاية ذات البعد الطولى تواجه صعوبات فى تحقيقها لأن الأسرة لا تطلب المشورة المتخصصة إلا حين تصبح الحاجة إليها ملحة للغاية . وكذلك لأن المجتمع بعامة لا يعبر اهتماماً للمشكلات النفسية وهناك مؤثرات آخرى خارج محيط الأسرة قد تساعد على حدوث الفصام والواقع ، أنه يمكن القول بأن أى عامل من شأنه أن يشكل ضغطاً نفسياً قد يكون ذا أثر ضار على الطفل ذى القابلية للمرض . مثل الفقر والمساكن غير الملائمة ، والجريمة وإدمان المخدرات فإزالة مثل تلك الظروف غير المواتيه شئ مهم ليس فى ذاته فحسب ، بل لأنه سيقلل بصورة غير مباشرة من الضغوط النفسية التى تساعد على حدوث الفصام .

ثالثاً : الوقاية وقت الأزمات :

وهى تعنى مساعدة المريض وقت حدوث أزمة يحتمل أن تكون سبباً مباشراً فى إصابته بالفصام لذلك قد تكون الوقاية وقت الأزمات من أصعب الأمور وقد تكون فى أحيان كثيرة موقفاً معيناً سيشكل تحدياً حقيقياً للمريض . ونحن نعرف أن المواقف الصعبة أو حتى الأزمات يمكن أن تحفز طاقات الشخص العادى وتنضج شخصيته ، بينما قد تؤدى إلى اختلال شخصية الفرد المؤهل للمرض إلا أننا رغم ذلك لسنا فى وضع يمكننا من تجنيب المريض مثل تلك المواقف .

ولكى نحول دون وقوع أزمة نفسية لشخص ما علينا أن نحيطه برعاية شخصية تيسر له سبل مواجهة الموقف الجديد ، وعلينا أن نسعى لتخفيف مضاعفاته ، أما تخفيف المضاعفات فهو أمر يصعب تنفيذه دون أن نجور على حقوق المريض إذا يجب ألا نخفى عنه تقيمنا للموقف فإذا أصر على المضى فيما ينوى ، فيجب ألا نقف ضده ، بل نساعده على التقليل من الأخطار التى ينطوى عليها . وإذا لم يكن بمقدور أحد أقارب المريض أن يساعده وقت الازمة أو فى موقف تحد غير عادى ، فيجب أن يقوم أحد المختصين بتلك المهمة وأحياناً يمكن عن طريق علاج قصير المدى إجتياز أزمة كانت بغير ذلك يمكن أن تؤدى إلى اضطرابات خطيرة (١) .

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٣١ ، ص ٢٣٢ ، ٢٣٥ .

خاتمـــــة :

إن الفصام مرض لا يمكن تجاهله ومع ذلك فقد لوحظ أنه فى السنوات الأخيرة استحوذت أمراض آخرى على اهتمام أكبر بكثير على أن الفصام لم يحظ بمثل ذلك الاهتمام ورغم أن كثيراً من الفصاميين قد غادروا المستشفيات إلا أن عدد الفصاميين الذين مازالوا بالمستشفيات يفوق عدد المصابين بأمراض آخرى ولا توجد حالة تماثل الفصام من حيث الأعباء الاقتصادية التى تحملها للدولة وللأسرة . فمنذ سنوات قليلة قدر ما كلفه مرض الفصام للدولة بحوالى ١٤ مليون دولار سنوياً واليوم ربما تبلغ التكاليف ضعف هذا الرقم وقليلة هى الأمراض التى تعوض حياة من يصاب بها مدة طويلة كما فى الفصام . إذ على الرغم من أن الفصام قد يحدث لفترة قصيرة ـ وردت تقارير عن حالات فصامية لم تزد مدتها عن يوم أو أثنين وحتى لو قارنا بين الاهتمام الذى يبديه الرأى العام تجاه الفصام وبين ما يُبديه تجاه أنواع آخرى من الاضطرابات النفسية . ولو قدرنا أهمية المرض بمدى خطورته على الحالة العقلية أو بمدى تأثيره على كفاءة الوظائف العقلية ، لوجدنا أن الفصام يحتل المرتبة الأولى بلا منازع . وقد يقال إن مرضى الفصام يسلكون بشكل ردئ فى الأنشطة العملية والاتصالات والاحتكاكات الاجتماعية فهم لا يستطعون الاستجابة مع المجتمع ويجب أن يعتبر الكثيرين إن لم يكن معظم مرضى الفصام على أنهم شخصيات معرضة للأذى والكثيرين منهم يظهرون فى المرحلة الحادة لمرضهم أنهم قادرين على التغلب على إعاقتهم إذا قدمت لهم المساعدة وهؤلاء المرضى ليسوا بالضرورة فاسدين عقلياً فقد يكونوا من ذوى الذكاء المرتفع ولكنهم نادراً ما يستطيعون بالتغلب على مواقع للمسئولية وخاصة عندما يكونون مطلوبين للإشراف أو التفاعل مع آخرين ومن ثم فإنهم

ناجحين فى واجبات يستطيعون فيها العمل من جانبهم مع إتصالات رسمية بسيطة مع زملائهم (١) .

ففى السنوات الأخيرة تخلصت مستشفيات الأمراض العقلية والنفسية من غالبية عظمى من مرضى الفصام بها وإعادتهم إلى المجتمع تحت رعاية الممارسين العاملين بضمان إن المرضى يخضعون لجرعات من الأدوية تستمر لمدة العام الأول أو لعامين على الأقل بعد خروجهم من المستشفى ويجب أن يكون الطبيب مستعداً لأن يساعده الأخصائى الاجتماعى أو الممرضة إذا ظهر إن مرضاه لديهم صعوبات إما فى العمل أو علاقاتهم المنزلية .

وقد كان قرار إدارة مراكز كنيدى للصحة العقلية الذى صدر فى ١٩٦٣ يهدف إلى توفير مشاركة فعالة للمجتمع فيما يختص بالمرض العقلى ومن ثم يؤكد على مبدأ خروج المرضى من المؤسسات العلاجية وإعادة ربطهم بعائلاتهم بالمنازل والتخفيف من عملية إستمرار بقاء المرضى فى مصحات علاج الأمراض النفسية والعقلية (٢) .

ومن هنا يأتى دور الخدمة الاجتماعية والاخصائى الاجتماعى لمحاولة ربط الفصامى بالبيئة سواء كان ذلك داخل مستشفيات الأمراض العقلية عن طريق العلاج الجماعى وغيره من أنواع العلاج التى تحاول إدماجه مع غيره من المرضى . أو خارج مستشفيات الأمراض العقلية بمتابعته داخل بيئته الطبيعية ومحاولة تصحيح علاقاته فى المجتمع وإدماجه فى الحياة اليومية لأنه غالباً ما

(1) Daivdson's Principles and Practice of Medicine, John Macleod, The English Language Book Society Chupchill Livingstone 1978, P. 190 - 192 .
(2) Social Work, March - April, 1987, Volume 32, Number 2, P. 122 .

ينظر الناس إلى الفصامى بنفور لأنه بعزوفه عن الناس يعطى إنطباعاً بالخوف منهم أو برفضه اياهم . فهو يتخذ أحياناً وضعاً يبدد فيه وكأنه ليس لديه ما يفعله إزاء ما يحدث حوله ، أو يبدو وكأنه ينظر إلى الكون بأسره بترفع لا حد له فتلك الانطباعات عن الفصامية بعيدة عن الحقيقة . فهى ليست سوى الإنطباعات التى يحملها الفصامى إلى الآخرين وغالباً إلى نفسه أيضاً لكن رغبته الخفية هى إعادة التواصل مع المجتمع الإنسانى .

وفى الفصل القادم سوف ألقى الضوء على دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام ودور الاخصائى الاجتماعى مع مريض الفصام .

الفصل الثالث
الخدمة الاجتماعية ومرضى الفصام

مقـــدمـــة :

الدراما المأساوية لهذا الاضطراب العقلى تصل إلى ذروتها داخل الفرد الذى يعانى منه . فالفصام لا يسبب ألماً عضوياً ، ولكن شدة المعاناه العقلية التى تنشأ عنه تبلغ من الضراوة ما يجعل المريض يقبل فى سرور مقايضته ألماً عضوياً ، بل أحياناً يُحدث الفصامى عامداً إصابة فى جسده ، آملاً أن يخفف الألم العضوى من هول الألم العقلى . هذا الألم العقلى الهائل الذى تشتد حدته فى المرحلة الأولية للمرض ، تسبقه بدوره معاناة طويلة : لم يلحظها أحد ، ولم يهتم بها أحد ولم تثر ريبة أحد ، وهى معاناه قد تمتد فى الماضى حتى الطفولة من الاحساس بالرعب الناتج عن رؤيته لنفسه مقطوع الصلة بالعالم فهو يجد نفسه غير قادر على فهم الآخرين ، كذلك يجد الآخرون أنفسهم غير قادرين على فهمه وهو يشعر بنفسه وحيداً معزولاً لكنها عزله غير كاملة لأن لديه قناعة بأن قوى غامضة تحيط به أو بأن أناساً معينين يلاحقونه ليوقعوا بـه الأذى وما لم يشف أو يتحسن فأن ذلك احتمال مرجح بنسبة ٢ : ١ لصالحه فإن قواه الوظيفية سوف تأخذ فى التدهور بشكل متزايد إذ سوف تقل شيئاً فشيئاً قدرته على التمتع بالحياة وقدرته على الأخذ والعطاء وقدرته على الشعور بالأمل وعلى الابداع . فالزمن كما يحس به لم يعد يتحرك ، فليس ثمة تقدم إلى الامام ولا تراجع للخلف بل هو متوقف بلا حراك عند تلك الحالة من الدمار المترامى الأبعاد .

ومن المهم أن يكون لدينا شعور بالتعاطف تجاه المريض عقلياً ، وأن نكون متفهمين لطبيعة معاناته ، وأن نكون متحريين من مشاعر التحامل عليه بل ربما كان الأهم من ذلك أن نكتسب حسن القرابه تجاه المريض ، لأن الإحساس بالقرابة ينطوى على التعاطف وعلى التخلى عن أى تحامل وستزداد حينئذ قدرتنا

على مساعدته كما قد ينشأ لدينا فى كثير من الأحيان شعور بالأعجاب تجاه المريض [١] .

لقد شهد العقد الأخير تغييراً واضحاً فى بؤرة الاهتمام لمختلف مجالات الخدمة الاجتماعية بما فيها الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية فبعد أن كان التركيز فى العناية ينصب على الفرد فقد تحول إلى الجماعة والأسرة ثم اتجه بعد ذلك إلى المجتمع وهذا لا يعنى أن الفرد أصبح أقل أهمية وإنما يعنى أن طريقة العمل المهنية التقليدية لم تعد كافية وأصبح من الضرورى على المشتغلين بالخدمة الاجتماعية النفسية أن يسايرو التغيرات العلمية الاجتماعية والثقافية بتغيرات مماثلة فى مجالات وأساليب عملهم ودون الحاجة إلى الدفاع الزائد عن وجهة نظرنا فيمكننا أن نوجز أن الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية قد تبلورت منذ نشأتها على أنها جهود مهنية توجه للمريض لتحقيق أقصى استفادة ممكنة له من علاج الطبيب النفسى أو جهة الفريق المعالج ومن كافة الامكانات المتاحة لعلاجه بالمستشفى أو بالوحدة العلاجية أى كان نوعها وهى بهذه الصورة تعنى بالدرجة الأولى بالمشكلات والحاجات النفسية الاجتماعية للمريض أو مجموع المرضى بل وأسرهم والمنظمات التى تقدم أهم الخدمات وبما أن الخدمة الاجتماعية تعتبر جهوداً مهنية أى أن ممارستها يجب أن يقوم بها متخصص فى الخدمة الاجتماعية، ينال من التدريب والتعليم ما يمكنه أن يفهم ويقدر إمكانيات المريض والتعرف على حدوده فى أداء أدواره الاجتماعية فى ظل ضغوط المرض أو العجز الجسمى ، من ثم يمكنه أن يقوم بالتشخيص واقتراح حل المشكلات ومتابعة تنفيذها بطريقة تهدف أساساً إلى تكيف المريض مع ظروف مرضه وقد اقتصر مجال الممارسة

---

(١) سيلفانو أريتى ، ترجمة د: عاطف أحمد ، الفصامى : كيف نفهمه ونساعده دليل للأسرة وللأصدقاء ، مرجع سابق ، ص١٨ ، ص١٩ .

فى الخدمة الاجتماعية النفسية على الأقسام الداخلية للمستشفيات ومرضى العيادات الخارجية الحكومية وقد ألقى هذا على الممارس مسئولية مزدوجة فى الانتماء فهو ينتمى إلى المستشفى أو الوحدة الطبية التى يعمل بها وعليه الاسهام فى تحقيق أهدافها وأداء وظيفتها وهو أيضاً ينتمى إلى مهنة الخدمة الاجتماعية التى تعتبر بالنسبة للمستشفى مهنة مساعدة ومن ثم فإن عليه أن يوضح دائماً هدفاً للمستفدين من جهوده أو للمشاركة فى بذل الجهد بالنسبة للمريض النفسى وفى القرن الحالى إتسع مجال الخدمة الاجتماعية النفسية وأثبتت الممارسة أهمية فهم كافة أبعاد الموقف الاجتماعى والظروف النفسية للمريض باعتبارها عوامل مؤثرة بدرجات مختلفة فى الحالة [١] .

وسوف أتعرض فى هذا الفصل للخدمة الاجتماعية ومرضى الفصام لتوضيح أهم نظريات الخدمة الاجتماعية التى تصلح مع مرضى الفصام وأهم أربع ظواهر تساعد هى طبيعة الأسرة ، سمات شخصية الوالدين والعلاقات بين الآباء والأبناء ، العلاقات بين أعضاء الأسرة ، أسلوب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة ، ثم عرضت للخدمة الاجتماعية الطب عقلية وخدمة الفرد الطبية النفسية ثم هدف الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية ثم الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى (نشأتها وتطورها) ثم دور الخدمة الاجتماعية النفسية .

أولاً : أثر البيئة الاجتماعية فى ظهور مرض الفصام :

يتكيف الانسان للبيئة الاجتماعية التى يعبر عنها بالمجتمع الذى يعيش فيه تماماً كما يتكيف مع البيئة الطبيعية فالنشاط العقلى كالنشاط الفسيولوجى يتجه نحو التعّدل والتوافق بطريقة تلائم الجسم وهما معاً يقرران تحقيق التناسق والتوازن بين

---

(١) ساميه محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص١ ـ٥٠ .

الانسان وبيئته الشاملة والفرد لا يحصل غالباً على المكان الذى يطمع فى الوصول إليه داخل المجتمع الذى يكون عضواً فيه إلا ببذل الجهود فهو يرغب فى الثروة والعلم والنفوذ والقوة والتمتع بمناهج الحياة وهو فى ذلك مدفوع بطموحه وطمعه وفضوله وشهوته ، ولكنه يجد نفسه فى بيئة لا تهتم به دائماً وقد تكون معادية أحياناً فسرعان ما يدرك أن عليه أن يناضل ويكافح فى سبيل ما يُريد وتتوقف طريقته فى النضال مع أحواله الاجتماعية على تركيبه الشخصى فبعض الناس يتكيفون بالتغلب على بيئتهم وبعضهم ينزع إلى الهرب منها وبعضهم يرفض قبول قواعدها ومن هنا يصاب الانسان بالفصام . فمريض الفصام يحتاج إلى فهم أوسع وعلاج أكثر مرونه وينطبق نفس الحال وفى نطاق أوسع على هذا العدد الهائل من الحالات النفسية التى تنوء بها كل المجتمعات والتى لا تؤدى خطورتها إلى ضرورة الالتجاء إلى المستشفيات العقلية [1] .

ثانياً : العوامل البيئية المهيئة لمرض الفصام :

لقد أوضحت الدراسات الحديثة أن الفصام مرض ينتشر فى جميع الثقافات المتحضرة والبدائية على حد سواء .

وهناك حقيقة ثابتة أخرى هى أن هناك بعض المجتمعات التى تمارس ضغطاً أكثر من غيرها من المجتمعات على الأفراد الذين يعيشون فيها وبطبيعة الحال فإن هذه الضغوط تجعل النمو أكثر صعوبة بالنسبة للفرد فالنمو يحدث فى الجو الخالى من التوتر والضغط والتزمت اذا أخذنا الدخول فى المستشفى كمعيار

---

(١) عبد رب النبى محمود ، علم الاجتماع فى الميدان الطبى ، رسالة ماجستير ، الاسكندرية ، ١٩٦٥ ، ص ص٧٠ : ٧١ .

للمرض فى المجتمعات البدائية فإننا نجد أن نسبة دخول المستشفيات فى المجتمعات المتحضرة أكثر من المجتمعات البدائية ويمكن تفسير ذلك بعاملين :

١ - إن الحياة فى وسط مجتمع حضارى غاية فى التعقيد والمجتمع وصل إلى قمة التقدم التكنولوجى والحياة مليئة بالضغوط والصعاب التى تعوق نمو الذات .

٢ - إن الشخص الذهانى أكثر قدرة على المعيشة فى مجتمع بسيط وسهل وبدائى دون أن يكشف أمره ودون أن يدخل المستشفى .

ولذلك يدرس كل نمط ثقافى على حدة وأن نحدد مقدار ما يحتمل أن يسببه من أمراض وكذلك يقال إن الحضارة الغربية أكثر انتاجاً للفصام عن الثقافة البدائية وكذلك يجب أن نتوقع أننا سوف نجد أسباباً خاصة للفصام فى كل مجتمع من المجتمعات .. وبصرف النظر عن الثقافة العامة التى يعيش فى وسطها الفرد فإن بيئته المباشرة أو الملاصقة وعلى وجه الخصوص أسرته تعد عاملاً مؤثراً وهاماً وفعالاً فى نمو شخصيته [١] .

فى الواقع يصعب التنبؤ بأنه إذا ظهرت علاقات أسرية معينه يحتمل معها ظهور اضطرابات نفسية معينة مثل الفصام بين بعض أعضاء هذه الأسرة ذلك لأن هذه الاضطرابات تعد محصله لسلسلة من التأثيرات والظواهر الأسرية ، مثل طبيعة الأسرة ونوعية العلاقات بين الآباء والأبناء وسمات شخصية الوالدين ومدى تقبل الابناء والعلاقات بين أعضاء الأسرة وأسلوب التنشئة الاجتماعية .

---

(١) عبد الرحمن العيسوى ، علم النفس ومشكلات الفرد ، منشأة المعارف ، الاسكندرية ، بدون سنة نشر ، ص٣٢٤ .

أ ـ طبيعة الأسرة :

ونعنى بذلك هل الأسـرة منعزلـة عـن غيرهـا أو مندمجـة مـع غيرهـا مـن أسر؟ حيث تقتصر العلاقات والاتصالات فى الأسـرة المنعزلـة علـى أعضائهـا [1] فى نشاطات المجتمع المحلى وتوقعاته فينظر إليهم جيرانهم باعتبارهم غرباء عنهـم وليسـو منهـم وفـى هذا النـوع مـن الأسـر يحـذر أحـد الوالديـن الـذى لـه السـيطرة والأهمية وعادة ما تكون الأم على بقية أعضاء الأسرة بل تمنعهم من إقامة علاقات خارجية الأمر الذى يترتب عليه تدهور شخصياتهم ويصعب عليهم تنمية علاقـاتهم الخارجية فيتأخر نضجهم الشخصى ويزداد مع ذلك إحتمال التمهيد لظهور السـلوك المضطرب بين أبنائها .

ب ـ سمات شخصية الوالدين والعلاقات بين الآباء والأبناء :

تعتبر شخصية الوالدين بمثابة مؤشر مناسب يساعد على فهم العلاقات بين الآباء والأبناء ، طالما كانت سـمات شـخصياتهم تعـد بمثابـة مؤشـرات تؤثـر علـى علاقاتهم الدينامية بأبنائهم .

فلقد لوحظ أن السيطرة قلت أو زادت وأن عدم إستقرار الوالدين مـن بيـن أكثر السمات دلاله بين الأطفـال الذيـن يعـانون مـن الفصـام وهـذا مـا تؤكـده نتـائج دراسة (ليدز وليدز) عندما وجد أنه من بين (٥٠) من هؤلاء الفصاميين قـد أنحـدر (٤٥) منهم عن أسر غير مستقرة ويتسم والديهم بعدم الاتزان بينما انحدر (٥) منهم فقط عن أسر مستقرة نوعاً وامتاز فيها الوالدين بالتوافق والاتزان النسبى .

---

(1) S.Kirson : Weinberg, Types of Family Patterms That Contribute to mantal disorders in : S.Kwein Weinbery, The Sociolagy of Mental disoeder, P. 88 .

ولعل عزلـه الأسـرة والسمات الشخصية للوالدين والعلاقات بين الآباء والأبناء والعلاقات بين أعضاء الأسرة ، التى يحتمل معها أن يصاب الأبناء بالفصام أو غيرها من الاضطرابات العقلية تطبع فى مجموعها أسلوب التنشئة الاجتماعية فى الأسرة وتجعل الوالدين وبخاصة الأم تتجه فى تعاملها مع الأبناء نحو الاستبداد والسيطرة وعزل الأبناء عن محيطهم الأمر الذى يسهم فى تأخير نموهم وإستقلالهم العاطفى وعزلتهم عن جماعات القرناء ويجعلهم عرضه للإصابة بمثل هذا النوع من الاضطرابات وهذا ما أكده " لوداس " (Ludas) فى كثير من دراساته لأثر التنشئة الاجتماعية على احتمال الاصابة بالفصام [1] .

ثالثاً : الخدمة الاجتماعية الطب عقلية :

الأسلوب الذى يجيده الاخصائى الاجتماعى هو دراسة الحالة والتى تعرف من وجهة نظر الخدمة الاجتماعية بأنها الطريقة المهنية التى يمكن بها مساعدة الناس بهدف استغلال قدرات الفرد وإمكانياته فى بيئته للتوصل إلى تكيف أحسن ويتضمن مقابلة العملاء ومقابلة أهليهم وذويهم سواء فى المكتب أو فى المنزل للحصول على أقصى ما يمكن من المعلومات عن المريض وبيئته مما قد يساعد فى علاجه وإعادته إلى المجتمع كما يتضمن متابعة المريض بعد شفائه لمساعدته على بلوغ أقصى درجة من المواءمة والتكيف وعلى الرغم من أن الخدمة الاجتماعية ولدت فى المجتمعات الرأسمالية كعمل خيرى يهدف إلى إعطاء المساعدات المادية للمحتاجين فإن المساعدة المادية لا تحتل حالياً فى هذا الميدان إلا مركزاً ثانوياً اللهم إلا فى الهيئة الحكومية التى يقتصر تخصصها على ذلك .

---

(١) على عبد الرازق جلبى ، الطب النفسى الاجتماعى النظرية والتطبيق ، مرجع سابق ، ص٥٥ ـ ٦٠.

والخلاصة أن الاخصائى الاجتماعى رجل مهنى مدرب على فن المقابلة ولديه معرفة عن العلاقات الأسرية وديناميكاتها والنظم الاجتماعية السائدة فى المجتمع مما يؤهله لمساعدة من هم فى حاجة إلى المساعدة لمساعدة أنفسهم وذويهم وقد يكون تعامل الاخصائى مباشراً فى المستشفيات مع المرضى وذويهم وغالباً ما يقوم بتغير الاجراءات التى تتخذ مع المريض وتطور حالته كما يسعى لمحاولة تعديل البيئة المنزلية وايجاد العمل المناسب للمريض بعد خروجه من المستشفى وتتحقق الخدمات التى يقوم بها الاخصائى بتنسيق الأتصال بينه وبين الاخصائيين فى المؤسسات الآخرى فى البيئة لتنسيق الخدمات وتحقيق أقصى ما يمكن فيها [١] .

الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى :

نشأتها وتطورها :

بظهور حركة الصحة العقلية بدأ التفكير الجاد فى إدخال الخدمة الاجتماعية النفسية كجزء مكمل للعلاج والوقاية معاً ، ويرجع الفضل فى ذلك للدكتور (أدولف ماير) الذى اهتم بالدراسة الاجتماعية والبيئية لمرضاه وكان لهذه الدراسة أثر فعال فى علاجهم وبالتالى فى تأكيد أهمية العوامل والعلاقات الاجتماعية للانسان فى حدوث وعلاج المرض النفسى والعقلى .

ويعزى تقدم الخدمة الاجتماعية النفسية إلى تقدم الطب النفسى الاجتماعى، حيث كان الاتجاه الأول فى العلاج النفسى يرى أن المشكلات العقلية ترتبط فى جذورها العميقة بالظروف البيولوجية التى تتأثر بصورة مباشرة بالعوامل

---

(١) سعد جلال ، فى الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، مرجع سابق ، ص١١٩ ــ ١٢٠ .

الاجتماعية التى تحتاج إلى العلاج الطبى أكثر من حاجتها إلى العلاج النفسى أو الاجتماعى .

وبالرغم من ذلك فإن بعض الرواد الأوائل من الأطباء النفسيين كانوا يؤكدون أهمية البيئة الاجتماعية فى كثير من الاضطرابات العقلية وتحتاج بالتالى إلى العلاج الاجتماعى فالمريض يعانى من جراء ظروف لا يمكن علاجها علاجاً كاملاً دون الاهتمام بالبيئة الاجتماعية وقد يتغير علاج المريض كفرد علاجاً ناجحاً إلا إنه يحتاج بالرغم من ذلك إلى التوجيه لتحقيق التكيف الملائم مع أسرته وجيرانه وزملاء العمل وفى غيرها من مواقف الحياة المختلفة وقد هيأ هذا النوع من التفسير الاجتماعى لطبيعة العلاج أساساً تقيم عليه الخدمة الاجتماعية النفسية نشاطها [١] .

وحسب نظرية تقسيم العمل كان من الطبيعى أن تقوم جماعة من الاخصائيين فى الخدمة الاجتماعية لتقديم مساعدتها للأطباء النفسيين للاستفادة من الحقائق الاجتماعية فى حالات الأمراض العقلية وإذا كان الطبيب النفسى أكثر خبرة وتخصصاً فى الجوانب النفسية للمرض العقلى فإن الاخصائى الاجتماعى النفسى أقدر على إكتشاف الضغوط الاجتماعية وتأثيرها فى حالة المريض ولا يقتصر عمل الاخصائى الاجتماعى النفسى على الاسهام فى عملية التشخيص ليساهم بدور كبير فى عملية العلاج وكما يستخدم مهارته العلمية فى جمع الحقائق ودراسة أثر خبرات المريض الاجتماعية فهو يستخدم مهارته كذلك فى تحقيق تكيف المريض فى جماعة الأسرة وفى المجتمع الخارجي ولذلك يشمل عمل

---

(١) محمود حسن ، الخدمة الاجتماعية فى الجمهورية العربية المتحدة ، ط١ ، دار المعارف ، ١٩٦٧ ، ص٦٣٨ ، ص٦٣٩ .

الاخصائى النفسي كلاً من عمليات التشخيص والعلاج وإلى جانب عمل الاخصائى الاجتماعى النفسى مع الطبيب النفسى فإن الاخصائيين الاجتماعيين عامة كانوا يهتمون بمشكلات الاشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العقلية وكان ازدهار حركة الصحة النفسية نقطة تحول فى اهتمام الاخصائيين الاجتماعيين بالمظاهر النفسية فى مشكلات عملائهم .

أما فى انجلترا تعتبر الخدمة الاجتماعية النفسية واحدة من أحدث أشكال الخدمة الفردية وذلك لأنه حتى عام سنة ١٩١٩ لم يكن يستخدم اخصائيون اجتماعيون نفسيون وبدأ العمل الاجتماعى النفسى بعد حصول بعض الاخصائيين الاجتماعيين على دراسات اجتماعية نفسية فى لندن وبالرغم من أن العمل الاجتماعى النفسى قد تقدم بصورة كبيرة من خلال توجيه الأطفال فإن احتياجات المرضى الكبار لم تهمل وبدأ التوسع فى الافادة من جهود الاخصائيين الاجتماعيين فى المجال النفسى للأطفال والكبار على السواء [١] .

رابعاً : خدمة الفرد الطبية النفسية :

خدمة الفرد الطبية النفسية هى ذلك النوع من خدمة الفرد المرتبط بالطب النفسي والصحة العقلية ويندمج فى برامج المؤسسات التى يكون هدفها الرئيسى دراسة وعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية والوقاية منها [٢] .

---

(1) Cherry Morris, Social Case Work, Greet Britation London Publishers Faber and faber, L.T.D 1950, P. 100 .

(٢) إمام أحمد محمد عبد الله ، الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى ، الكتاب الجامعى ، بدون سنة نشر ، ص٧٩ .

خامساً : هدف الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية :

المعروف أن لكل سلوك غرض وهو تعبير عن حاجات الفرد أو هو محاولة للتلاؤم فى ظل هذه الحاجات وقد أصبح من المعلوم أن الأمراض النفسية أو العقلية ما هى إلا أنواع من عدم التوافق أو التكيف البيئى مبعثها ألوان من الحرمان الشخصى وتعتبر أعراض المرض وظائف النفس المعتلة بسبب الحرمان والفشل الذى لم تقو على احتماله وغالباً ما تكون أسباب الفشل فى عدم تحقيق الرغبات المختلفة وخيبة الأمل التى يشعر بها المريض شعوراً قوياً وغالباً ما تكون هذه الأسباب كثيرة ومتنوعة ومركبة يكمل بعضها البعض الآخر تمتد جذورها فى مناطق متباينة من حياة المريض ومنها الأسباب النفسية والاجتماعية والتشريحية فإذا أردنا فهم المشاكل الوجدانية فهماً كاملاً فلابد من دراسة الأسباب كلها مع توجيه عناية خاصة للأسباب الحالية وربط بعضها ببعض لمتابعة تطور العلة ـ فدراسة أحوال المجتمع وردود أفعال الشخص تجاهها لا يمكن أن يقوم بها أشخاص كتابيين لأنها عملية فنية وهى فى نفس الوقت مضيعة لوقت الطبيب النفسى ولابد من اتمامها بواسطة اخصائى اجتماعى .

وتسعى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية إلى إيقاف تقدم المرض النفسى أو العقلى وإلى إعادة الشخص إلى الحياة الاجتماعية النشطة ومعنى ذلك أن تقوم الخدمة الاجتماعية بالاشتراك الفعلى فى تحقيق أهداف الصحة العقلية وتتعاون معها فى عمليات الدراسة والعلاج للمشاكل التى تدخل فى نطاق الطب النفسى وقد أصبحت الخدمة الاجتماعية النفسية أداة لتحقيق الهدف الوقائى من الأمراض النفسية والعقلية فساهمت فى نشر وجهة نظر الطب النفسى فى ميادين التربية والصحة العامة والترفيه الاجتماعى وغير ذلك من ميادين العلاقات الانسانية وذلك من أجل نشر حقيقة التطور الوجدانى وطبيعة المشاكل التى تعترض الوصول إلى

تلاؤم يرضى الشخص ويحفظ له صحته العقلية . ويمكن إجمال أهداف خدمة الفرد الطبية النفسية فى :

١ ـ المساهمة فى علاج المرض النفسى والعقلى .

٢ ـ العمل على الوقاية منها وتقليل المشاكل الوجدانية والاضطرابات السلوكية.

٣ ـ نشر التربية الصحية التى تعتمد على أسس الصحة العقلية .

٤ ـ السعى إلى إيجاد فرص يستغلها الفرد فى إشباع حاجاته الشخصية .

وبذلك يحيا حياة راضية ولا يقلل من أهمية خدمة الفرد الطبية النفسية إلا أنها تشترك مع فنون آخرى فى تحقيق هذه الأهداف مثل خدمة الجماعة والتربية إذ أن طبيعة علوم العلاقات البشرية المتشعبة والاندماج بحيث تتداخل ميادين نشاطها وبحيث يتمم بعضها البعض الآخر ويسنده فى تحقيق هدف اجتماعى مرغوب [١] .

سادساً : نظريات الممارسة فى الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام :

أولاً : نظرية الممارسة فى الخدمة الاجتماعية :

تعزى نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية إلى بناء الأفكار التى تستخدمها فى مساعدة الأشخاص وفى تحقيق أغراض عمليات التقدير Assessment ، والتخطيط Planning والتدخل Intervention والتقويم Evaluation ويطلق Kuhn على هذا البناء بالنموذج أو المثال Paradigm ، ويعرفه بأنه مزيج لا تنفصم عراه من النظرية والطرق والمستويات .

---

(١) المرجع السابق ، ص٨٠ .

فنظرية الممارسة فى الخدمة الاجتماعية هى إطار معرفى مميز ذو مفاهيم واضحة وأفتراضات محددة ، وبمبادئ جلية وقد تكون نمت وتطورت بشكل أكثر أو أقل تنظيماً فى البناء المعرفى العلمى [١].

وبهذا المعنى نتوصل إلى أن نظرية الممارسة فى الخدمة الاجتماعية هى مجموعة الأفكار والطرق والعمليات والأساليب التى تستخدم فى تحقيق المساعدة المهنية لأنها لا تتضمن مجموعة من الاجراءات والأساليب فحسب ولكنها تتضمن أيضاً استخدام مدى واسع فى المعرفة .

إن الحقائق والنماذج النظرية حول العملاء وعالمهم ، هى جوانب من المعرفة التى تحتاج إلى تميزها عن نظرية الممارسة ، حيث تعزى الأولى إلى السلوك أو الشخصية الموصوفة وإلى النظريات الاجتماعية ، والتى تتضمن نسق الرعاية الاجتماعية ويطلق على ذلك فى بعض الأحيان العلم السلوكى ، أما نظرية الممارسة فتعنى الكيفية التى تتعامل بها الخدمة الاجتماعية مع الشخصية موضوع المساعدة ومع الانساق الاجتماعية ومن ثم كيف تتعامل مع نظريات التغيير المخطط لنسق الشخصية ، ونظريات التغير المخطط للنسق الاجتماعى وعمليات التغيير فى علاقته بكل منهما أو التغيير المخطط للنسق الايكولوجى ويؤكد جرينود (Greenwood) على هذا المعنى حيث يذكر أن النظرية العلمية وصفية تصورية أما نظرية الممارسة فهى إرشادية توجيهية حيث أن الأخيرة تبين كيفية اجراء التغيير [٢] .

---

(١) د. جلال الدين عبد الخالق رمضان ، العمل مع الحالات الفردية عمليات ونظريات ، الاسكندرية ، ١٩٩٤ ، ص١٩٩ ـ ٢٠٣ .

(2) Bernece Simon, " Design of Learning Experiences in Field instruction, Social Service Review, Vol, 40, 1966, PP. 397 - 409 .

ويشير سيبورين (Siporin) إلى نموذج الممارسة المهنية فى الخدمة الاجتماعية فى رسم تخطيطى يحدد فيه لنظرية الممارسة مستويين من حيث المضمون ويبنى المستوى الأولى : على أساس الخدمة المساعدة جنباً إلى جنب مع مجموعة من المبادئ الأخلاقية ، والمبادئ التقنية فى الممارسة ويقع ضمن هذا المستوى نوعان من النظريات فى عمليات المساعدة : التقدير أو التشخيص . ونظرية التدخل أو العلاج .

وفى هذا السياق يرى " جرينوود " أن المبادئ التشخيصية لممارسة الخدمة الاجتماعية تشير إلى افتراضات وصفية تختص بالتصنيفات التشخيصية كما تتضمن افتراضات توجيهية عن كيفية استخدام هذه التصنيفات ، أما المبادئ العلاجية فهى تشير إلى تصنيفات العلاج وكيفية استخدامها . وهى كذلك تتضمن طرقاً مقترحة لتحديد المراحل المختلفة فى العملية العلاجية ، تقديم أفضل الطرق لكيفية وزمن استخدام الأساليب العلاجية ، كما تقدم المعايير التى يمكن من خلالها أن نحكم على مدى نجاح أو فشل هذه الأساليب العلاجية .

أما المستوى الثانى : فيتكون من مجموعة من المنظورات الاجتماعية والتفاعلية والتحليلية والوجودية والمنظور الخاص باجتماعية السلوك وكذلك منظور وحل المشكلة . وبالتالى فإن مجمل النظرية قد أصبح أساساً لعمليات التدخل فى الخدمة الاجتماعية ومن ثم يجب الاستفادة من كل هذه المفاهيم والمبادئ والنظريات الفرعية فبتطبيق نظرية الممارسة تأخذ مكانها من خلال طرق المساعدة وعملياتها وأدوارها فى الفن العلمى عند تطبيق مهارات عملية المساعدة. كما تتضمن أيضاً الأداء الكفء للأدوار والأساليب ، والمهام فى عمليات التقدير ، والتخطيط والتدخل والتقويم وبرغم أن هذه النظريات الفرعية فى عملية التقدير

والتدخل لم تضع بشكل مناسب ، إلا أنها على الأقل تكفى لتزويدها بالمعلومات اللازمة والمهام التفاعلية فى الممارسة ، وكيف يمكن تحقيق هذه المهام من خلال الاخصائى الاجتماعى والعميل والأشخاص المعنيين بالحالة [1] .

١ ـ عملية التقدير (التشخيص) :

وتختص بكيفية حصولنا وتطبيقنا للمعلومة وتطبيق فهمنا للأشخاص ومواقفهم ومشكلاتهم . وتتضمن هذه النظرية تصنيفاً لاجراءات التقدير ، كما تتضمن مبادئ وسبل لكيفية الاستفادة منها بشكل منطقى . إن بناء هذه النظرية يساعدنا فى التوصل إلى أحكام وصفية وتوجيهية حول ما هو خطأ . وحول ماهية المشكلة التى نحدد بصددها ، وما الأهداف القريبة والبعيدة التى لا تستهدف الوصول إليها وما المهام التى تختارها لتحقيق هذه الأهداف وهناك عنصر هام وهو مجموعة الآراء والتوقعات المحتملة فى أدوار المساعدة فهى مثلاً تدلنا متى يجب على الاخصائى الاجتماعى أن يمثل دور الصديق أو الوسيط أو المزود . وتتضمن نظرية التشخيص أيضاً وظائف وأساليب واجراءات التدخل وظروفها . فمثلاً توضح لنا النظرية نوع المقابلة التمهيدية والأهداف التى تسعى إليها من اجرائها ، وكيف نربط عميلاً يتسم بالمقاومة بعملية المساعدة وكيفية صياغة المشكلة ، وكيف نترجم المشكلة إلى أهداف ومهام يمكن الوصول إليها .

٢ ـ عملية التدخل (العلاج) :

وهى تختص بكيفية تصرف الاخصائى الاجتماعى بطريقة تؤدى إلى أحداث التغييرات المطلوبة فى الشخصية ، وفى الانساق الاجتماعية ، وفى

---

(1) Ernest Green Wood, " The Practice of Science and The Science of Practice", In : Wanea G. Bemis, Kenneth D. Benne, and Pabertchin The Planming of Change (New York : Holt, 1961) PP. 119 : 120 .

الانساق الايكولوجية ، وذلك وصولاً إلى تحقيق أهداف معينة وتشير النظرية أيضاً إلى الكيفية التى تعمل بها عملية المساعدة والكيفية التى يمكن من خلالها تقويم فعالية عملية المساعدة ، وتتضمن النظرية أيضاً بنداً يختص بتصنيف أساليب التدخل ، ومبادئ التدخل فى الممارسة التى تتطلب استخدام الأساليب العلاجية (١).

وقد نجد صعوبة فى الفصل الحاد بين نظرية التقدير والتدخل فهما متداخلتان مع بعضهما البعض إلى حد بعيد . فالوصول إلى فهم تشخيص عن الديناميات النفسية والشخصية للعميل قد تكون له نتائج علاجية هامه . فإذا لاحظ الاخصائى أن عميلاً ما لديه فكرة غير واقعية عن نفسه باعتباره شخصية سلبية يحثه تغيير هذا المفهوم الخاطئ ويجعله أكثر ثقة بنفسه .

وبذلك فإن النموذج الأساسى للمساعدة يتكون من نظريات فرعية وتصنيفات ومبادئ لكل من عمليات التقدير والتخطيط والتدخل والتقويم (٢) .

ويجب أن تتفق نظرية الممارسة مع عدد من هذه المعايير . وقد تحدد العديد من هذه المعايير والمحكات من خلال أدبيات وتراث الخدمة الاجتماعية وطبقاً لمختلف المقترحات والبحوث فإن نظرية الممارسة يجب أن تفى بالمتطلبات الآتية :

١ – وثيقة الصلة بالمهام الحقيقية فى الممارسة المساعدة فى الخدمة الاجتماعية .

٢ – متسقة مع القيم والمبادئ الأخلاقية لمهنة الخدمة الاجتماعية .

---

(1) Ibid., P. 21 .
(2) Ibid., P. 19 .

٣ ـ مترابطة بشكل منسق مع نظريات الشخصية والنظريات الاجتماعية .

٤ ـ متماسكة البناء والتركيب الداخلى ، واضحة وشامله وسهلة الصياغة .

٥ ـ قابلة للتطبيق ويمكن اختبارها بشكل إجرائى .

٦ ـ ذات درجة عالية من الصدق والثبات .

٧ ـ ذات كفاءة فى توجيه الاخصائى الاجتماعى لأنماط سلوكية معينة كفيلة بتحقيق الأهداف المطلوبة ، خاصة فيما يتعلق بتغيير سلوك العميل وتغيير الانساق الاجتماعية داخل إطار الموقف أو خارجه .

٨ ـ لها القدرة على ربط اجراءات المساعدة فى مراحل العمليات المهنية المختلفة وربطها أيضاً بالنتائج ، وبمعايير تقويم التقدم والنتائج .

٩ ـ أن تكون على درجة من الوضوح بحيث تتفق مع توقعات العميل وذلك من أجل المزيد من مشاركته فى عملية المساعدة .

١٠ ـ اقتصادية ومثمرة لكل من الاخصائى الإجتماعى والعميل .

١١ ـ قابلة للتعميم فى قدرتها على التطبيق فى المواقف المختلفة .

١٢ ـ سهلة النقل والتعليم للآخرين ، وخاصة لطلاب الخدمة الاجتماعية لقد أخذت مدارس الخدمة الاجتماعية إتجاهاً جديداً وموقعاً افضل فى دراسة النظرية فى الآونة الأخيرة ، وإن احتياج الاخصائيين الاجتماعيين للنظرية أصبح ينظر إليه بشكل أكثر جدية . ومن ثم ظهر العديد من النظريات فى خدمة الفرد وما زال غيرها من النماذج فى طريق التجريب فى حقل الواقع لاختبار صحتها وتماسكها [١] .

---

(١) جلال الدين عبد الخالق رمضان ، العمل مع الحالات الفردية عمليات ونظريات ، مرجع سابق ، ص٢٠٤ ـ ٢٠٦ .

ثانياً : أهم المداخل المستخدمة فى خدمة الفرد :

أولاً : التحليل النفسى :

يرجع رواد مدرسة التحليل النفسى مرض الفصام لصدمات ونكوص للمراحل الجنسية الأولى فى حياة الفرد وصراع مستمر بين الأنا والعالم الخارجى مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل بدلاً من توجيهها خارجياً فالأعراض الفصامية فى التحليل النفسى تعنى نكوصاً لأنماط بدائية فى التفكير والسلوك والتى تميز الطفولة المبكرة (١) .

فقد اهتمت المدرسة التحليلية بالخمس سنوات الأولى من عمر الطفل وقالت أن هذه الفترة هى عامل محدد لأطار شخصية هذا العميل فى مستقبل أيامه وقد ذكرت البحوث الحديثة إنه بالرغم من أن الانسان هو حصيلة عوامل وراثية واستعداده الفطرى والتى يكون فى تفاعل دائم مع الأفراد والقوى لها أثار مفاعلة مع خبراته الحياتية يقول أنه بالرغم من ذلك فإن هذا لا يعنى أننا ننظر إلى هذا العميل على أنه محصلة قد انتهت ولكنه محصلة مستمرة فى الصيرورة والتكوين سواء إلى الأحسن أو إلى الأسوء .

وهذا هو مفهوم الفرد فى العملية (Person in Process) ونحن نلاحظ هذه التغيرات فى حياة البالغين وهى تغيرات تتسم بعضها عن وعى وبعضها يكون مدفوعاً لاشعورياً كما أن ذلك يكون على أساس تغيرات تحدث فى الشعور والاعتزاز بالنفس والآراء وسبل السلوك تحت الظروف التى لها مؤثرات قوية وأيضاً على أساس البحوث الحديثة التى وجد أن القدرات العقلية يمتد نموها إلى مراحل البلوغ وأن التغيرات السلوكية تستجيب إلى التوقعات الثقافية والتغيرات فى القيم والنظريات المشبعة للحياة .

---

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٥٤ .

هذا وأن النمط الأساسى للشخصية يتعرض دائماً إلى إعادة تكامله للتنظيم أو إلى تغير جذرى . بل أن هناك جوانب خاصة فى الشخصية والتى تتعرض للمؤثرات القوية فى أوقات الشدة قد تتعدل وتتغير مما يؤدى إلى تغير شخصى وهذه المؤثرات قد تشمل أشخاصاً تأثيراتهم قوية وبالاختصار فإن شخصية الانسان ينظر إليها كنسق مفتوح يستجيب دائماً ولكن بدرجات مختلفة للمدخلات من خارجها وخاصة فى أوقات الحاجات الشديدة وبالاضافة إلى ذلك فإن الفرد لا يمكن النظر إليه كذات منفصلة ولكن كجزء من شبكة الأدوار والتى تكون ما يشعر به ويفكر فيه ويعمله إستجابة إلى ما يعمله الآخرون.

فهو فرد فى التعامل ولا يمكن تفهمه إلا عن طريق نظرتنا إليه فى هذا المجال وهذا الذى ذكرناه يجعلنا على شك من الأهمية الكبيرة التى أعطتها المدرسة التحليلية للخمس سنوات الأولى لأننا إذا أخذنا هذا المفهوم بصورة يقينية فإن نظرتنا للمريض (العميل) فى خدمة الفرد لابد أن تكون منجرفة عن الواقع الذى يقول بإن الشخصية دائمة التغير حسب ما أوضحنا [1] .

والباحثة تميل إلى العمل بالرأى الأخير وهو عدم التسليم برأى المدرسة التحليلية فى أن السنوات الأولى كمحدد لإطار الشخصية لأن فى ذلك تجاهل للعوامل والظروف المختلفة التى تشكل وتؤثر فى شخصية العميل كما تغير اتجاهاته وطبيعة تصرفاته .

ويرى د. أحمد عكاشة أنه من الصعوبة بل وأحياناً من الاستحالة أن نعالج مرضى الفصام بناء علىَ نظرية التحليل النفسى ولذا فقد نشأت فى السنوات

---

(١) محمد سلامة محمد غبارى ، العمل مع الحالات الفردية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٩ ، ص١٣٨ ، ١٤٠ .

الأخيرة عدة نظريات تربط بين مرضى الفصام والجو العائلى الذى ينشأ فيه الطفل ومن أهم هذه النظريات :

١ ـ نظرية بتسون (Batesan) .

٢ ـ نظرية ليدز (Lidz) .

٣ ـ نظرية واين وسنج (Wyn Weand Sung) .

٤ ـ نظرية لا نج بتسون (Bateson) .

وتعتمد هذه النظريات على الترابط المزدوج (Double bind) وتعتبر أن الفصام ينشأ من تعرض الطفل أثناء نموه لمؤثرات شديدة من الوالدين تتميز بهذا الترابط ، فنحن نعلم أن التفكير والسلوك المنطقى يعتمد على اكتساب القدرة [١].

للتفرقة بين الهام والتافه وتصفية الحقائق والعناصر الهامة مما يشوبها من إختلاط وتشويش وهذه القدرة تكتسب من سلوك الوالدين ولا تورث فإذا كان عالم الوالدين مشوشاً مملوءاً بالمعانى غير المفهومة والسلوك الغامض ينشأ ما يسمى بالترابط المزدوج أن نعطى تعليمات للطفل بأن يفعل (أ) وألا يفعل (أ) فى نفس الوقت ويتم إعطاء هذه التعليمات بواسطة الوالدين بطريقة غير لفظية ، تشير إلى اضطراب انفعالات الوالدين ومن هنا لا يعرف الطفل السلوك السوى ومن ثم يعاقب مهما يفعل وبالتالى يتعلم أن الطريقة السليمة هى ألا يفعل شيئاً وأن يسلك مسلكاً سلبياً ومبهماً وعلى هذا تكون إجاباته خافية حتى لا يتحمل المسئولية كاملة ، وحتى لا يكون عرضة للعقاب ، وتتدرج تفسيرات هذه النظرية لكى تؤول اضطرابات التفكير والانفعال والسلوك فى مرضى الفصام على إنها استمرار لاكتساب الطفل هذا النوع من التفكير المشوش والترابط المزدوج من الوالدين وأن

---

(١) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٥٤ ـ ٢٥٥ .

هذه الاضطرابات ما هـى إلا عملية دفاعية ضد طلبات مستحيلة وللهروب من العقاب .

٢ ـ نظرية ليدز ١٩٦٣ (Lidz) :

وقد أشتق ليدز نظريته عن تطبيق التحليل النفسى على العائلة بأكملها فـى حين يركز " باتسون " على العلاقة بين الطفل والوالدين ، نجد أن ليدز يحاول تفسير العلاقة بين الوالدين أنفسهم ثم مع الطفل أى التفاعل الثلاثى بينهم فتعتقد النظرية أن العائلة كلها مرضية وأن الفصامى ما هو إلا أحد أفراد هذه العائلة ومن أهم ما تشير إليه هذه النظرية الانحراف أو الاعوجاج والانقسام فالجو العائلى يعتمد على تكامل صورة الوالدين فإذا تخلف أحدهما كأن يكون منطوياً ضعيفاً غير ناضج سلبياً والآخر سائداً قوياً بدأ الاعوجاج فى المناخ العائلى وتنشأ اضطرابات فى العلاقات الأسرية بين الوالدين والطفل مما يؤدى إلى تكوين خاطئ للشخصية فى هؤلاء الأطفال المعرضين بصور مرضية من الآباء والأمهات أما الأنقسام فهو العلاقة الباردة بين الأبوين والتى تؤدى إلى مضاعفات ضارة فى أطفالها وقد وجد أن معظم الفصاميين يرون فـى أمهاتهم شخصيات قوية وسائدة بعكس شخصية أبائهم الضعيفة وقد أجرى ورانج وريكس ١٩٦٥ عدة أبحاث بهذا الصدد نستطيع تلخيصها كالآتى :

١ ـ تتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالآتى :

أ ـ يعانى الوالدين أو أحدهما من الذهان أو الحد الفاصل للذهان .

ب ـ تميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكامل الطويل المدى .

جـ ـ يعيش الأب والأم فى حالة من الطلاق العاطفى مع اعوجاج واضح فى الحياة الزوجية ويبدو تداخل هذه العوامل واضحاً فإن كان أحد الوالدين ذهانياً فسيؤدى ذلك إلى انحراف فـى

الزواج وبالتالى إلى طلاق عاطفى ويبدو هنا التداخل المستمــــر بين عاملى الوراثة والبيئة وكيفية سيرهما فى دائرة مفرغة .

٢ - يتميز مرضى الفصام الذين يشفون من مرضهم بوجودهم فى عائلات يبدو الاكتئاب بينها واضحاً إستجابة لخسارة أو فقدان عزيز أثناء طفولة المريض ويصح تسمية هذه الحالات بالفصام الوجدانى (١) .

٣ - لا تنجب العائلات ذات الصحة الانفعالية السوية أطفالاً يصابون بالفصام عند نضوجهم .

٣ - نظرية واين وسنجر ١٩٦٥ (Wynne and Singer) :

تشير هذه النظرية إلى احتمال وجود أنماط للتفكير والاتصال بين عائلات الفصامين شبيهة لما يحدث فى المرضى لدرجة أنه يمكن التبؤ بمرض المريض إذا درست العائلة بأكملها وتستمر النظرية فى تفسير نشأة المرض على إنها امتداد لتفاعل الوراثة مع اكتساب اضطرابات التفكير مع العائلة مما يثير بدورها الاستعداد الوراثى وهكذا فالطفل المهيأ للفصام سيء الحظ لسببين أولهما أنه ولد مهيأ بجهاز عصبى وموروثات الاستعداد للفصام وثانيهما أنه ينشأ فى بيئة تساعد على اكتساب أعراض الفصام .

٤ - نظرية لانج وساز Laing and Szas :

(النظرية المضادة للطب النفسى) يرى لانج وساز (١٩٦٢ ـ ١٩٦٨ ـ ١٩٧٢) أنه لا يمكن تفسير الفصام فى إطار طبى وأن الحل الأمثل شمولة تحت الاطار الاجتماعى والانسانى وقد بنى نظريته على هذا الأساس وتتلخص فى : إن السلوك المخالف والذى يلقبه البعض بالفصام ما هو إلا استراتيجية خاصة يلجأ

---

(١) المرجع السابق ، ص٢٥٥ ـ ٢٥٨ .

إليها الفرد ليتعايش مع مواقف غير محتملة وتفسير التحليل التفاعلى لا يكفى لشرح هذا السلوك حيث أن العلاقات الانسانية عبر الخبرة الحياتية لا يمكن خضوعها للأحصاء العلمى مثل الأنظمة الالكترونية وللأسف يتجه اهتمام الطب النفسى نحو سلوك المريض وليس إلى خبراته الذاتية [1] .

ثانياً : المدخل النفسى الاجتماعى :

لقد صاغت جوردون هاملتون المبادئ الأساسية للمدخل النفسى الاجتماعى وفى إرتكازه على نظرية " فرويد " فى الشخصية يهتم هذا المدخل أساساً بكل من الجوانب الداخلية للإنسان والمحتوى الاجتماعى الذى يعيش فيه كالأسرة والزملاء ومن ثم فإن هذا المدخل لا يركز على المكونات الموقعية للعميل فحسب ، ولكنه أيضاً يركز على شخصية هذا العميل ما يتضمنه من تاريخ شخصى ومن وظائف الذات ، كما أولى هذا المدخل اهتماماً بمساهمات الأسرة فى الأداء الاجتماعى للعميل ، على أساس أن هذه المساهمات تعد من المتغيرات الهامة فى عمليات خدمة الفرد ولذلك فإن هذا المدخل يتبنى مفهوم الشخص فى موقف ويركز هذا المدخل بصفة خاصة على التشخيص باعتباره جزء من عمليات خدمة الفرد ويصنف التشخيص من وجهة نظر هذا المدخل إلى :

١ ـ التشخيص الدينامى والذى يتضمن دراسة التفاعل بين بيئة الفرد والجوانب النفسية مثل السمات الليبدية ووظائف الذات ونواهى الذات العليا .

٢ ـ التشخيص السببى التطورى والذى يبين كيفية تأثير العوامل الماضية على موقف العميل الراهن وأدائه الاجتماعى الحالى .

٣ ـ التشخيص الاكلينكى وذلك لتحديد ما إذا كان العميل من النوع الذهانى أو العصابى أم أنه شخصية عادية .

---

(١) المرجع السابق ، ص٢٥٦ .

أما العلاج فإنه يجب من وجهة نظر هذا المدخل ـ أن يتباين تبعاً لحاجة العميل وتأتى الحاجة هنا من التعارض أو التناقض فى عملية التوافق المتبادل بين الفرد والأشخاص الآخرين الذين يرتبطون معه أو بينه وبين المصادر الخارجية والعلاج هو مجموعة من العمليات توجهها ما ينتهى إليه التشخيص نحو إحداث تعديل فى الشخصية أو البيئة المحيطة أو كليهما معاً ، وفى التفاعل القائم بينهما . وتكون هذه العمليات من عملية الاتصال بين الاخصائى الاجتماعى والعميل وقد يكون الهدف من العلاج هو المساعدة في إحداث التغيير فى الفرد أو الموقف أو كليهما أو فيهما معاً ويرتكز العمل مع العميل على تفهم العميل المتزايد لنفسه ، ولموقفه وللأشخاص الآخرين كما يرتكز على العلاقة بينهما وعلى قدرة العميل التكيفية وعلى مدى تحرره وتخلصه من مشاعر القلق والعداء فى المقابلات العلاجية [١] .

أما شكل التدخل من وجهة نظر هذا المدخل فيأخذ الاساليب العلاجية الآتية :

أ ـ التدعيم أو المعونه النفسية .
ب ـ التأثير المباشر .
جـ ـ التهوية أو الإفراغ الوجدانى .
د ـ التفكير التأملى فى موقف الشخص لكى يفهم أداءه الاجتماعى .
هـ ـ تشجيع العميل على التفكير التأملى نحو أسباب ودوافع سلوكه الراهنة .
و ـ تشجيع العميل على التفكير التأملى لأنماط استجاباته ، وتفهم أثر العوامل الماضية على أدائه الاجتماعى الراهن .

---

(١) جلال الدين عبد الخالق رمضان ، العمل مع الحالات الفردية عمليات ونظريات ، مرجع سابق ، ص٢٢١ .

وقد زاد اهتمام المدخل النفسى الاجتماعى فى الآونه الأخيرة بالمشكلات الأسرية المعقدة وأصبحت فى مقدمة الاهتمام لهذا الاتجاه .

كما زاد الاهتمام بالتدخل فى حالات الطوارئ والأزمات ، والتركيز على أنواع العلاج قصير المدى . وقد ساهم كثير من الاخصائيين الاجتماعيين الذين مارسوا هذه الأنواع من العلاج فى تطوير نظرية الأزمة ومارسوها من خلال مفاهيم الاتجاه النفسى الاجتماعى (١) .

ثالثاً : نموذج المواجهة لمرضى الفصام :

Confrontation Model For Schizophrenia Patients

هو نموذج قدمته جوديث نلسون J. Nelson لكيفية مواجهة الترهات والسخافات التى تصدر من عمليات النكوص المرتبطة بمرض الفصام فالتعامل التقليدى لخدمة الفرد مع العملاء هو التجاوب والتقدير وعدم الادانة وصولاً إلى علاقة تمكن العميل من إنشاء حقائق حياته الدفينة ثم إعادة تفسيرها حتى يستبعد العميل بحالته ونظر لثبوت عدم جدوى هذا النموذج مع مرضى الفصام بأشكاله المختلفة فإن الباحثة استحدثت نموذج أكثر ايجابية مصارحة ومواجهة تمنع مريض الفصام فى الاسترسال فى سرد هذاءاته واتجاهاته النكوصية ، يمكن تسميته بنموذج المكاشفة اللاعدوانية أو الفتور المثير (٢) .

---

(١) إقبال بشير ، وإقبال مخلوف ، الاعتبارات النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية فى العمل مع الأفراد، المكتب الجامعى الحديث، الاسكندرية ، ١٩٨١ ، ص٨٩ .

(٢) عبد الفتاح عثمان ، على الدين السيد ، نظريات خدمة الفرد المعاصرة وقضايا المجتمع العربى ، القاهرة ، مكتبة عين شمس ، ط١ ، ١٩٩٣ .

فمريض الفصام طفلى النزعة سطحى الانفعال عاجز عن استخدام دفاعياته لا يستطيع كما يريد قبول الواقع والتعامل معه ليجد متعته فى هذاءاته وهلوساته لعالم آخر وهمى يعيش ويود أن يظل كذلك دون أدنى رغبه فى إستخدام ذاته .

ومن ثم كان الارتفاع بالمريض إلى مستوى أفضل بعيداً عن شطحاته البدائية ، هو إحدى السبل لمنع سيطرة السلوك الطفلى غير الناضج على سلوكياته. فأيا كانت وسائل علاج الفصام التى يمارسها الطب النفسى سواء بالجراحة أو الكهرباء أو العقاقير أو العلاج النفسى حتى اليوم لم يتأكد لدى مجتمع الأطباء دلالات محددة عن مرض الفصام وأسبابه ومن ثم علاجه ، ليكتفى حالياً بتحقيق أداء أفضل للمرضى للتفاعل غير الضار مع مجتمعتهم من خلال علاج الأعراض. لذلك فإن الخدمة الاجتماعية كعلاج بيئى واجتماعى ... هى السبيل إلى مساعدة المرضى على التفاعل المرغوب فيه مع المجتمع من خلال مقولة مؤداها : " هذا هو المجتمع الذى يرغب فيك . لا يحتمل تراهاتك وعبثك وهذاءاتك " (١) .

رابعاً : النموذج التبونى (المحيطى) للناقهين من مرض الفصام :

إزاء تفشى ظاهرة الانتكاسة للخارجين من مستشفيات الأمراض العقلية أيا كانت أمراضهم (فصام - بارانويا - هوس ....) فقد إستحدثت لجنة المجال النفسى بالهيئة القومية للاخصائيين الاجتماعيين فى أمريكا نموذجاً صاغه كل من : أديث جونسون وجون كلوجر وبيل أبستين نموذجاً لاعادة تأهيل الناقهين اجتماعياً من خلال إعداد مسبق لبيئة منفتحة تجمع بكل دقة بين الحرية المطلقة والالتزامات الاجرائية غير المتسلطة ومحوى هذا النموذج يقوم على مجموعة من الاعتبارات (٢) :

---

(١) المرجع السابق ، ص٣٤٦ .

(2) J.Kloger, Others : Midway Agincies : Journal of Casework, Vo : G, No : 11, 1974, N.Y.P. 315 .

١ ـ الناقه : لم يشفى تماماً من علته ولكن ، شفيت بعض الأعراض الضارة وأن بقى مهيأ للعودة عند مواجهة أية ظروف طارئة .

٢ ـ ثمة فروق أساسية بين المستشفى والبيئة الطبيعية . فالمجتمع لن يراه مريضاً أو شاذاً يتسامح معه كما كان الحال في المستشفى . بل أن الأسر أول من تعبر عن رفضها لسلوك المرضى .

٣ ـ إعداد بيئة وسطية تجمع بين الحرية والالتزام أو بين التسامح والمواجهة لفترة أقصاها ستة أشهر كفيلة بتمهيد عودة المرضى نهائياً لبيئاتهم .

٤ ـ يتمثل دور الاخصائى فى : الصديق ولكنه السلطة ـ المعلم ولكنه المتعلم أحياناً الأخ أو الأخت ـ الناقد فى عطف ـ الطبيب الحاسم لضرورة أخذ الدواء المقرر الوسيط المخلص بين المريض وزملائه بالمؤسسة وأسرته وسوق العمل .

٥ ـ استثمار المقابلات الفردية لمواجهة أى تبرم أو ضيق أو موقف أو شكوى دون ما انتظار للافصاح عنها بوضوح أو الشكوى من أى شئ .

٦ ـ استثمار اجزاءات المؤسسة ـ الحرة والملزمة ـ فحريته فى اختيار وقت اللهو جائزة ـ ولكن تحد منها مواعيد المؤسسة .

٧ ـ تشجيع الارتباط التدريجى بشئون أسرته .

٨ ـ البحث عن عمل مدعم أى متسامح مع المرضى بشروط مخففة سواء فى نوع العمل مواعيده وأجره ـ كسبيل لاستعادة تدريجية للتكيف المقبول مع لبيئة .

٩ ـ لا وجود لألقاب تذكر المرضى بحياة المستشفى ولكن الجميع أعضاء فى سرة واحدة [١] .

---

(١) عبد الفتاح عثمان ، على الدين السيد ، نظريات خدمة الفرد المعاصرة وقضايا المجتمع العربى ، مرجع سابق ، ص٣٤٦ ، ص٣٤٧ .

خاتمـــة :

أن تطور علوم الطب وتطور فلسفة الرعاية الطبية بالاضافة إلى ما ساهم به الطب النفسى والتحليل النفسى أدى إلى ضرورة الاستعانة بالخدمة الاجتماعية الطبية فى الميدان النفسى كمجهود هام مكمل للمجهودات العلاجية الطبية وذلك بعد أن كشفت الأبحاث الطبية النفسية عن أهمية العوامل الوجدانية والشخصية فى سير المرض وتطوره وفى مدى فاعلية العلاج فقد ثبت أن العوامل الوجدانية أساس لكثير من العوامل الجسمية وأندمجت هذه الحقائق عن أثر العوامل الوجدانية فى الأمراض ونتج عن هذا الاندماج فكرة موحدة هى أن المريض وحدة من العوامل الجسمية والوجدانية ونخلص من ذلك أن الانسان له وجهين : وجه ظاهر وهو الجسم ووجه أقل ظهوراً وهو النفس وهما يتفاعلان فى بيئة تحيطهما .

أذن الانسان وسلوكه نتائج لثلاث مكونات (جسم ـ نفس ـ مجتمع) وبناء عليه فالانسان وحدة متكاملة لا تتجزأ من العوامل المترابطة وهى (الجسم ـ النفس ـ المجتمع) تؤثر عوامل كل منهما فى الآخرى وتتأثر بها وتتصارع هذه القوى الثلاث لتعطى فى النهاية مظهر الانسان وسلوكه [١] .

والنظر: الحديثة تعتبر الفصام عبارة عن فشل الفرد فى التكيف مع ظروف الحياة بما فيها من ضغوط وتوترات . أما فرويد فيؤكد أن الفصام ينتج من ضعف الذات تلك الذات التى لم تجد مثالاً طيباً تتوحد وأياه أو تتقمصه وتحت ظروف الضغط يضطر الفرد ونظر لأنه لا يمتلك ذاتاً قوياً تتغلب على الموقف الضاغط فيهرب من هذا الموقف عن طريق النكوص إلى مستوى بدائى سابق من مستويات السلوك [٢] .

---

(١) اقبال بشير وإقبال ابراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، مرجع سابق ، ص٤٦ .

(٢) عبد الرحمن العيسوى ، علم النفس ومشكلات الفرد ، مرجع سابق ، ص٣٢٧ .

وتسعى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية إلى إيقاف تقدم المرض النفسى أو العقلى وإلى إعادة الشخص إلى الحياة الاجتماعية النشطة ومعنى ذلك أن تقوم الخدمة الاجتماعية بالأشتراك الفعلى فى تحقيق أهداف الصحة العقلية وتتعاون معها فى عمليات الدراسة والعلاج للمشاكل التى تدخل فى نطاق الطب النفسى وقد أصبحت الخدمة الاجتماعية النفسية أداة لتحقيق الهدف الوقائى من الأمراض النفسية والعقلية فساهمت فى نشر وجهة نظر الطبيب النفسى فى ميادين التربية والصحة العامة والترفية الاجتماعى وغير ذلك من ميادين العلاقات الانسانية وذلك من أجل نشر طبيعة التداور الوجدانى وطبيعة المشاكل التى تعترض الوصول إلى تلاؤم يرضى الشخص ويحفظ عليه صحته العقلية .

وقد تناولت فى هذا الفصل نظريات الممارسة فى الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفصام محاولة إيضاح أن الخدمة الاجتماعية تستخدم نظريات يمكن أن تواءم المرض العقلى وقد أوضحت مدخلين هما مدخل التحليل النفسى والمدخل النفسى الاجتماعى ونموذجين إحداهما المواجهة لمرضى الفصام والنموذج التبونى (المحيطى) للناقهين من المرض العقلى .

وفى الفصل القادم سوف أتناول دور الاخصائى الاجتماعى فى دعم السلوك الايجابى للفصامى موضحة دوره فى كل طريقة على حده ودوره أيضاً فى الفريق العلاجى ثم ممارسة الخدمة الاجتماعية بعد خروج المريض من المستشفى ورعاية المرضى فى المنزل بواسطة أسرهم وذويهم وأخيراً الصعوبات التى تواجه الاخصائى الاجتماعى النفسى عند أدائه لدوره مع مرضى الفصام .


الفصل الرابع
دور الأخصائي الاجتماعي في دعم السلوك الإيجابي للفصامي

مقـــدمـــة :

للأمراض النفسية والعقلية تاريخ طويل ملئ بالتفسيرات التى تبعث فينا الدهشة والعجب حافلة بأنواع العلاج التى تثير فينا الضحك والأشفاق ، فتارة كان يعزى المرض النفس والعقلى إلى حلول أرواح شريرة بجسد المريض وتارة كان يعزى إلى انتماء روحه إلى عالم آخر غير العالم الذى يوجد فيه الجسد وتارة آخرى كان يفسر المرض على إنه حالة ولاية إنتابت الشخص من عند الله وفى العهد الماضى القريب كان يعتبر المرض العقلى كالاجرام وكان المريض يعامل كالمجرم سواء بسواء ولم تتغير النظرة إلى الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية إلا فى أواخر القرن التاسع عشر وإن كان قد ظهرت قبل ذلك بعض الآراء الصائبة عن حقيقة المرض ولكنها لم تملك زمام الموقف ولم تسد على غيرها من الآراء . وقد ارتبطت دائماً الفكرة عن المرض بخطة العلاج ولذا فلم يكن للخدمة الاجتماعية مجال فى علاج الاضطرابات الوجدانية والأمراض العقلية قبل بداية القرن الحالى وأول محاولة ظهرت فى هذا السبيل كانت فى مستشفى مانهاتن للأمراض العقلية ١٩٠٦ ثم تبعتها مستشفى بوسطن عام ١٩١٠ وكانت الاخصائية الاجتماعية فى ذلك الحين غير مؤهلة تأهيلاً خاصاً للقيام بوظيفتها وإنما كانت تعدلها عن طريق التمرين والتوجيه على يد الأطباء النفسيين .

وشعرت مدارس الخدمة الاجتماعية بمسؤلياتها فى إعداد الاخصائيين للعمل فى هذا الميدان الجديد فكان أن درست الخدمة الاجتماعية النفسية فى كلية سميث للخدمة الاجتماعية عام ١٩١٨ وتبعتها مدرسة نيويورك عام ١٩١٩ ومنذ هذا التاريخ وهذا النوع من الخدمات متسعاً وأصبحت حدود الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية واضحة مميزة وتتم معظم الخدمات الاجتماعية الطبية النفسية فى

هذا الميدان عن طريق خدمة الفرد أو عن طريق خدمة الجماعة " العلاج عن طريق الجماعات " [١] .

ويقول الدكتور ثاروت Dr. Thurott الطبيب النفسى والاستاذ بمدرسة الخدمة الاجتماعية بجامعة كلومبيا أن المشاكل التى تستحق الخدمات الطبية النفسية هى كل الأعراض الجسمية والوجدانية وأنواع السلوك وردود الأفعال التى لا تتناسب والمواقف التى تثيرها أو المؤثرات التى تتبعها فإذا فقد شخص حاسة البصر أو السمع دون أن يكون هناك من الأسباب التشريحية أو الصحية ما يدعو إلى ذلك إتجه التفكير إلى أن المشكلة تستند إلى مشكلة نفسية وإذا أحس الانسان آلاماً فى معدته أو زغلله فى عينيه أو إذا أعترته بعض العيوب الكلامية دون أن تكون هناك أسباباً صحية [٢] قادنا ذلك إلى البحث فى منطقة الوجدان من الشخصية عسى أن نجد فيها مبعث المشكلة وإذا إعترى الشخص نقص فى التفكير أو أنواع من النسيان دون مبرردل ذلك على وجود مسببات نفسية وقد يأتى الشخص من التصرفات ما تنعدم العلاقة بينهما وبين الاثارة التى سببتها كأن تسأل عن أسمه فيحدثك عن مجده وأعماله العظيمة وغزواته الناجحة أو قد يثور فجأة ويحطم الآثاث دون مناسبة وقد يصبح سلوكه خطراً على الجميع دون أن يحس أو يشعر بمدى هذه الخطورة وحالات هذا الأخير هى ما يسمونه بالأمراض العقلية إن قوى التفكير وإدراك الحقائق الظاهرة تضطرب فلا تعود تعين الفرد على أن يحيا حياة اجتماعية عادية . وهناك الكثير من أنواع التقاسيم الفنية للامراض النفسية والعقلية وعلى العموم يجب على الاخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى الميادين

---

(١) فاطمة الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مطبعة السعادة ، القاهرة ، ١٩٧٤ ، ص٦٨ .

(٢) إمام أحمد محمد عبد الله ، الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص٨١ .

المتصلة بالصحة النفسية أن يتزود بخبرة ويقظة تعينه على تحديد موضع الاصابات عند بدء ظهورها وقبل أن يستعجل أمرها ومن المظاهر التى يجب أن يوليها عنايته شدة الحساسية ، العزلة وسرعة الاستثارة والانفجار الخلقى العنيف والمرح المتطرف والتقلب الوجدانى والميل إلى التأرجح العاطفى وما إلى ذلك من الأعراض التى يسهل التخلص منها قبل أن تصبح سلوكاً مزمناً لا يمكن للفرد أن يستغنى عنه أو يعيش بدونه (١) .

وسوف أعرض فى هذا الفصل لدور الاخصائى الاجتماعى النفسى فى دعم السلوك الايجابى للفصامى من خلال ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى داخل المستشفى وأيضاً لادماجه مع البيئة الخارجية ودوره فى الوقاية لعدم ظهور مرض الفصام فى المجتمع وبهذا يكون قد ألقينا الضوء على دور الممارس الاجتماعى مع مريض الفصام .

أولاً : الشكل التقليدى والشكل الحديث للعلاج النفسى :

الشكل التقليدى للعلاج داخل المستشفيات النفسية كان يعتمد فى الماضى على الشكل الطبى العلاجى إلى جانب عزل المريض داخل مصحة عقلية مع حقنهم بعقاقير مهدئة وعلاجهم بصدمات كهربائية وحمامات باردة وساخنة على التوالى مما أدى إلى تدهور حالتهم تدهوراً سريعاً بدلاً من شفائهم ولقد بدأت فلسفة العلاج الحديث مع بداية هذا القرن التى بدأت تتضح معالمها بوضوح مع بداية الستينيات من هذا القرن وذلك بتوظيف عدداً وفيراً من الاخصائيين فى مختلف فروع العلاج مثل (باحثون اجتماعيون ونفسيون ـ واخصائى تحليلات نفسية ـ اخصائى تدريب مهنى) بعد ما كان الاطباء والممرضات فقط يقومون بتوفير علاج غير مجدى فالفلسفة الحديثة تعتمد على سياسة الأبواب المفتوحة واعتبار المريض

---

(١) المرجع السابق ، ص٨١ .

النفسى انسان له جميع الحقوق داخل المجتمع . فيقوم مجموعة الاخصائيين بتوفير علاج اجتماعى ونفسى ومهنى إلى جانب العلاج الطبى الذى يهدف إلى عودة الشخص المريض نفسياً بعد العلاج إلى المجتمع فى أقرب فرصة (بين يوم إلى ستة أشهر) مع توفير متابعة وعلاج من الباحثين لحالة الشخص داخل المجتمع مع تذليل أية عقبات تحول دون ادماجه الكلى داخل المجتمع [١] .

تعتمد فاعلية العلاج الجماعى أساساً على العلاقة بين المريض والجماعة وبينه وبين المعالج وفيه يشعر كل مريض بأنه ليس الوحيد الذى يعانى من المشكلة ولكن هناك كثيرون غيره فيحدث بينهم نوع من المساندة والمساعدة فى حل هذه المشكلات المشتركة وعلاوة على ذلك فإن العلاقة الجماعية تيسر الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع وتنمية طرق أكثر كفاءة فى العلاقات الاجتماعية وهو أكثر فاعلية فى علاج المشكلات الاجتماعية [٢] .

وفى العلاج الجماعى تعتبر الجماعة العلاجية وسيطاً علاجياً لاحداث التغيرات باعتبارها مصدراً هاماً لمختلف القوى السيكولوجية والسوسيولوجية تؤثر فى أعضائها وتوجه حياتهم الجماعية وهى أيضاً مجال تتم فيه التفاعلات الجماعية من خلال المواقف العلاجية .

ويؤكد ستانيتس (Stanitis) على أن أعضاء الجماعة العلاجية من خلال العلاج الجماعى تتم بينهم عملية الاتصال المباشر كما يمكن أن تتحقق المشاركة الجماعية بين كل الأعضاء ويستطيع عضو الجماعة أن يشعر بالقبول والحب [٣].

---

(1) The Role of The Social Welfare in Psychiatric Service World Health Organization, Regional Office for, Copanhagen, 1974, P.7 .

(٢) حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسى ، المرجع السابق ، ص٢٢٤ .

(3) Stanitis, G., : Enhancement of Self. Esteem Through The Communication Process in a group Psycho Therapy " Jpn and Mental Health Services, 12, 1977 P.P. 5 : 9 .

ثانياً : فلسفة العلاج النفسى الاجتماعى :

ومع إرساء قواعد فلسفة العلاج الحديث فى مجال المرضى النفسيين أصبح دور الباحث الاجتماعى هاماً ورئيسياً حيث أن المريض يعود إلى المجتمع بعد فترة قصيرة يقضيها داخل المستشفى النفسى وبالرغم من أن دور بقية الاخصائيين داخل مجموعة العلاج النفسى ينتهى بخروج المريض إلى المجتمع إلا أن دور الباحث الاجتماعى النفسى يستمر إلى أن يستقر الشخص المريض داخل عائلته وعمله وبيئته وفى عديد من الحالات يستمر العلاج والرعاية الاجتماعية سنوات عديدة [١] .

بعد خروج المريض إلى المجتمع يقلل فرصة عودة المريض إلى المستشفى ولقد صاحب الفلسفة الحديثة فى العلاج النفسى وعى عام من العامة نحو أهميته وفاعلية دور الباحث فى هذا الصدد مما زاد من التقدير الاجتماعى لدوره داخل مجموعة الاخصائين القائمين بالعلاج فانهم يعتمدون تماماً على المعلومات والتحليلات الاجتماعية التى يقدمها الباحث للمجموعة ورأيه التشخيصى مأخوذ به لقدرته على إلقاء الضوء على العوامل الاجتماعية والبيئية المؤثرة فى حالة المريض النفسى ، كما أن دوره العلاجى الفعال أتاح له القدرة مع الاستمرار فى العمل مع المريض وعائلته لفترات طويلة هذا إلى جانب فاعلية الدور الذى يقوم به الباحث فى مجال الوقاية الاجتماعية فى المجتمع (إلقاء محاضرات فى الجماعات والكليات والمدارس والمصانع والنوادى) [٢] .

---

(١) إستانلى هارون ، مناهج الرعاية الاجتماعية وتطبيقاتها ، مرجع سابق ، ص١١ .

(٢) المرجع السابق ، ص١١ .

ثالثاً : الأسس العامة للعلاج النفسى الاجتماعى :

يذكر لنا التاريخ أنــه لا يوجـد مـرض طبـى أو جراحـى لـم يمـر بامتحـان الشعوذة والدجل ولم يعالج بالتمائم والرقى حتى أنتهت البشرية بعد خسائر ليست يسيرة .. إلى أن " الطبيب " هو المسئول الأول عن هذه المهمة الانسانية الكريمة . ولم يختلف المرض النفسى عن سائر الأمراض .. فقـد مـر بنفس مراحل التخبط والتشوش غير أنه تلكأ فى تلك المراحل طويلاً ولم يكن ذلك إلا لطبيعته الخفية . وإفتقاره إلى الأدلة المادية الصارخة التى توقف هذا الهراء عند حد وهو لـم يتـأخر عن سائر فروع الطب فى مجال العلاج فحسب [١] ، ولكنه تأخر عنها فى التحديد والتصنيف والتشخيص ووسائل العلاج جميعاً والطبيب هـو مـن درس الطـب ومارسه ودرس تكوين كيان الانسان كمفهوم موحد من جسم ونفس يتفاعلان فـى بيئة اجتماعية تحيط بهما ثم درس ما يعترى جسمه ونفسه من اضطراب وخلل ، ثم تخصص بعد ذلك ـ كيف شاء فيما يصيب النفس أكثر من الجسم من اضطراب أو ما يصيب الجسم (أكثر من النفس) من أمراض . فالأسس العامة للعلاج تتضمن بادئ ذى بدء فحص وحدات الانسان من نفس وجسم ودراسة بيئته من ناس وأشياء .. للوصول إلى القضاء على ذلك الطارئ الذى إعتراه وهو المرض .

ولا يعنى أن الطبيب هو الذى يعالج المريض النفسى أنه سيقوم بكل هذا العبء وحده ولكنه فى الأمراض النفسية مثل سائر الأمراض سيلجأ إلى من يعاونه فى مهمته الانسانية تلك ـ ممن يختارهم ويوجههم ويجد عندهم من الخبرة والوقـت مـا لا يستطيع هو أن يلم بكل أبعاده فهو كمـا اسـتعان بـالصيدلى والممرضـة والكيميائى فـى سائر الأمراض سيستعين بهم جميعاً فـى حالة المرض النفسى بالاضافة إلى الاخصائى الاجتماعى والاخصائى النفسى حتى يصل هذا الفريق

---

(١) إمام أحمد محمد عبد الله ، الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص٥٩ .

بقيادته إلى الهدف الأسمى وهو الانتصار على المرض لذا فقد قسم علاج الأمراض النفسية إلى ثلاث أنواع رئيسية :

١ ـ **العلاج العضوى :** وهو الذى يستعمل الوسائل الطبيعية والكيميائية هادفاً من وراء ذلك أن تنظم وظائف النفس وتعاود سيرها الطبيعى .

٢ ـ **العلاج النفسى :** وهو الذى يهدف أساساً إلى معالجة النفس ابتداء .. بغية أن تنظم أحوالها فتقضى على المرض النفسى بكل آثاره النفسية والبدنية.

٣ ـ **العلاج الاجتماعى :** وهو الذى يدرس البيئة ويبحث معوقاتها وآثارها البيئة السيئة ويحاول أن يخفف ضغوطها حتى يرجع إلى النفس هدوئها وفاعليتها ويرجع إلى الجسم سواءه ونشاطة [١] .

أما العلاج الاجتماعى وهو محور الدراسة فهو يشتمل على الآتى :

أولاً : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى داخل المستشفى .

ثانياً : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى لإدماجه مع البيئة الخارجية .

رابعاً : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى داخل المستشفى :

يشتمل على النقاط الآتية :

١ ـ مفهوم الدور .

٢ ـ دور إخصائى خدمة الفرد مع الفصامى .

٣ ـ دور إخصائى خدمة الجماعة مع الفصامى .

٤ ـ دور الاخصائى الاجتماعى مع المجتمع .

٥ ـ دور الاخصائى الاجتماعى ضمن الفريق العلاجى .

٦ ـ دور الاخصائى الاجتماعى داخل مستشفى الأمراض العقلية .

---

(١) المرجع السابق ، ص٦٠ .

١ ـ مفهوم الدور :

لكل فرد فى المستشفى وضع أو مركز " Position " معين يتطلب هذا الوضع من الفرد أن يقوم بجملة أنشطة لها صفة الانتظام والتكرار وهذه الأنشطة هى التى يطلق عليها فى الاصطلاح العلمى كلمة الدور (Role) والكلمة مستعارة من المسرح حيث يفهم الدور على أنه الجزء الذى يؤديه الممثل فى مضمون روائى معين ، وبالمثل فإن اصطلاح الدور فى العلوم الاجتماعية يعبر عما يقوم به الفرد من أعمال ترتبط بوضعه أو مركزه الاجتماعى مثال ذلك دور المدير ودور الباحث ودور الخبير ودور العامل وقد يرى البعض أن اصطلاحى المركز والدور يعبران عن شئ واحد غير أن هذا غير صحيح فالدور يحتل الجانب الدينامى للمركز ، كما أن المركز الواحد قد ترتبط به جملة أدوار ويعبر اصطلاح الدور عن أشياء مجردة (Abstract) بمعنى إنه لا يعبر عن الشخص الذى يقوم بالعمل وانما يعبر عن مجموعة الأنشطة التى يقوم بها أى فرد يشغل مركز معيناً بغض النظر عن شخصية القائم بها ولذا فإن الاصطلاح يسمح لنا بالتركيز على الجانب الاجتماعى دون أن نأخذ فى الاعتبار الجوانب الشخصية للقائم بالدور يضاف إلى ذلك أن من يقوم بدور معين قد يتغير عن طريق ترك العمل أو عن طريق الترقية أو عن طريق الوفاة أما الدور نفسه فإنه يظل ثابتاً لا يتغير [١] .

٢ ـ دور اخصائى خدمة الفرد مع الفصامى :

أ ـ دوره مع المريض .

ب ـ دوره مع أسرة المريض .

---

(١) عبد الباسط محمد حسن ، علم الاجتماع الصناعى ، الطبعة الثانية ، مكتبة غريب ، ١٩٧٨ ، ص ١٣٨ ، ١٣٩ .

أ ـ دوره مع المريض :

١ ـ استقبال المريض وتهيئته للمستشفى وذلك ببث روح الثقة والاطمئنان ومساعدته على التخفيف من مشاعر الخوف والانزعاج وتخفيف مشاعر الذل والهوان .

٢ ـ تقديم المريض إلى زملائه وطبيعة مرضه وأن يشرح ما سوف يلقاه فى المستشفى حتى يستطيع الاندماج فى مجتمعه العلاجى الجديد بيسر وسهولة .

٣ ـ اشعار المريض بأنه أهل للثقة وذلك باسناد المهام البسيطة إليه .

٤ ـ ربط المريض بالواقع الاجتماعى المحيط ومساعدته على أن يدرك أسباب وجوده فى المستشفى وينبغى هنا أن يحرص الاخصائى الاجتماعى ألا يتحدث مع المريض فى مشكلات ما قبل المرض (١) .

٥ ـ مساعدة المريض على أن يتقبل العلاج الذى يضعه الطبيب ويقبل عليه .

٦ ـ حل مشاكل المريض التى تتصل بوجوده داخل المستشفى أو خارجها .

٧ ـ مساعدة المريض على الاسهام والاشتراك فى الانشطة الاجتماعية بالمستشفى العلاجى وتقدير ما يقوم به من أعمال حتى يستعيد الثقة بنفسه.

٨ ـ مساعدته على الالتحاق بأقسام العلاج بالعمل حتى يتم تهيئته للعودة للبيئة مؤهلاً بعمل ما ... وحتى يساعد هذا النوع من العلاج فى سرعة شفائه .

٩ ـ الربط بين المريض وأسرته .

كما يتضح دور الاخصائى مع المريض من خلال المقابلات النفسية الاجتماعية والتى يقوم بها الاخصائى .

---

(١) سامية محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص١٩٧ .

المقابلة النفسية الاجتماعية :

تكتسى المقابلة الأولى أهمية خاصة إذا غالباً ما تحدد نوعية العلاقة العلاجية المستقبلة مع المريض لذلك يجب أن يعمل الاخصبانى على توفير مناخ ثقة واطمئنان يسمح بجمع معلومات شاملة ومتكاملة عن الحالة المرضية وذلك باستقبال المريض على انفراد وإن اقتضى الأمر ذلك ويستقبل من يرافقه من أفراد أسرته بشكل منعزل كما يفضل تأجيل صياغة الملاحظات والمعلومات إلى ما بعد المقابلة حتى لا يشعر المريض بحرج يعرقل عفويته .

وقد تشكل الدقائق الأولى من المقابلة طوراً هاماً قد يكون حاسماً فى سياقها اللاحق أن تتشكل لدى المريض الخطوط الأولى التى ترتسم بها فى ذهنه صورة الاخصائى الاجتماعى النفسى وذلك عبر التفاعل مع بيئته واضطراباته يتحتم على الاخصائى أن يكون مهتماً ومستمعاً هادئاً وطيباً وذلك لإضفاء مناخ من الثقة والراحة تخفف من قلق المريض ومقاوماته . هذا الموقف يفتح فى البدء المجال الكامل للمريض للتعبير عن آلامه ومشاكله أو غير ذلك متجنباً قدر الامكان كثرة المداخلات وممتنعاً عن التوجيهات والنصائح فى هذه البداية قد يلتزم الاخصائى الصمت وقد يقوم الاخصائى بتشجيع المريض على الحديث لتجنب سوابق شحن التوتر (١) .

أما المرحلة التالية للمقابلة . فيحاول فيها الاخصائى نستكمال المعلومات من المريض وحول تاريخ المرض وتقييم عام لشخصية المريض ومركباتها .

وقد تشمل البيانات التى يغطيها الاخصائى فى المقابلة :

---

(1) Social Work, Journal of the National Association of Social Workers March - April 1987, Volume 32, Number 2. P. 122 .

١ ـ الأعراض التى يعبر عنها المريض تلقائياً وكيفية تقديمه لها ، تاريخها وتطورها ودلالتها لدى المريض .

٢ ـ مرحلة الطفولة وما تشمله هذه المرحلة من الحمل والظروف الصحية لدى الأم ـ نوعيه الولادة واضطراباتها ـ مراحل النمو النفسى الحركى ـ المناخ المادي والعاطفى لمرحلة الطفولة ـ طبيعة التربية والمحيط الدينى والأخلاقى والاجتماعى والموقع العائلى خلال الطفولة والعلاقة مع الوالدين ـ العوامل العرقية والجغرافية واللغوية وتطور المرحلة الدراسية (نوعيتها ـ التكيف النجاح والفشل ومصاعبها والتأهيل المهنى وظروفه والموقع الاجتماعى المهنى ومراحل الحياة العاطفية والجنسية ونوعيتها .

٣ ـ جمع وتحليل المعطيات الثقافية الاجتماعية مثل المناخ الاجتماعى السائد القيم السائدة ، الدين العقيدة ، تركيب الأسرة وحجمها مستواها الثقافى وهجرتها .

٤ ـ الظروف العائلية والعوامل الوراثية والأمراض الوراثية .

وعند الحاجة تستكمل المعلومات الاضافية التى تقدمها أسرة المريض خصوصاً عندما يكون فى حالة لا تسمح له بالتعاون مع الاخصائى الاجتماعى (1).

ب ـ دوره مع الأسرة :

١ ـ يتعامل الاخصائى الاجتماعى مع أسرة التى تتعامل مع المريض نفسه أحياناً قبل حالات المرض العقلى الشديدة مثلاً ولهذا ينبغى عليه مساعدة الأسرة على فهم طبيعة المرض وكيفية التعامل مع المريض ومحو فكرة العار والإثم من مشاعر الأسرة (٢) .

---

(1) I Bide P. 122 .

(٢) سامية محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص١٩٦ .

٢ ـ مساعدة الأسرة على حل مشاكلها التى تعتبر (معجّزة) للمرضى والتى يوجد بها المريض إذا كانت وظيفتها تسمح بذلك أو مساعدتهم بتعريفهم مصادر المساعدة الآخرى .

٣ ـ إقناع الأسرة بضرورة الاستمرار فيه .

٤ ـ تكوين علاقة مهنية مع الأسرة واستخدام كافة أساليب العلاج والمعونة النفسية لمساعدتها على تقبل المريض وحتى تقبل أقصى ما يمكنها من الناحية النفسية والمادية والاجتماعية لعلاج المريض كما يساعدها بهيئتها لاستقبال المريض إستقبالاً حسناً ويهيئها للتعامل مع البيئة المعالجة لإتمام الخطة العلاجية بنجاح ... وذلك بالاشراف على تنفيذ التوصيات الطبية .

٥ ـ من خلال حلقات المناقشة الجماعية يستطيع الاخصائى حماية الأسرة من تلك الأمراض وذلك ببيان خطورة زواج الأقارب وكذلك توضيح فائدة العلاج المبكر لأى من الظواهر غير العادية للسلوك أو الانفعال وبهذه يستطيع أن تحمي باقى أفراد الأسرة ولو جزئياً (١) .

٣ ـ دور اخصائى خدمة الجماعة مع الفصامى :

أ ـ خدمة الجماعة فى المجال النفسى .

ب ـ خدمة الجماعة كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية .

جـ ـ العلاج بالأنشطة .

د ـ دور اخصائى خدمة الجماعة مع المرضى خلال فترة العلاج .

أ ـ خدمة الجماعة فى المجال النفسى :

إن الاصابة بالأمراض النفسية يصاحبها متاعب اجتماعية مما يتطلب مجهودات الخدمة الاجتماعية وقد أصبح من الأمور الأساسية فى العلاج الحديث

---

(١) المرجع السابق ، ص١٩٧ .

النظر إلى مجموعة الخدمات التى تبذل للمريض ككل أو كعملية متكاملـة لا تتجـزأ أساسها المسئولية الطبية النفسية وتسهم فيها جهود آخرى اجتماعية .

وإنه برسوخ مكانة الخدمة الاجتماعيـة فـى ميدان الطـب النفسـى ازدادت المسئوليات التى تسند إلى الاخصائيين الاجتماعيين حتى أصبح عملهم جـزءاً هامـاً مكمـلاً لعمـل الطبيـب النفسـى علـى أن يكـون الاشـراف النهـائى مـن اختصاصـه وتعرف خدمة الجماعة فى المجال بأنها استخدام طريقة خدمة الجماعـة فـى العمـل مع مجموعات من المرضى فى مكان للعلاج النفسى [١] .

والخدمة الاجتماعية النفسية هى خدمة اجتماعية تقوم بها مؤسسات للعلاج النفسى وهدفها مسـاعدة تلـك الخدمـات التـى تعمـل علـى تقدم الصـحـة العقليـة فـى المجتمع ، وخدمة ذوى الاضطرابات العقلية أو العاطفية . وهى تمـارس عـادة فـى المستشفيات أو العيادات أو مجموعات الطب النفسى كجزء من نشاط الفريق الطبى الذى يضم الأطباء النفسين ورجـال علـم النفـس ، كمـا تضـم فـى معظـم الأحيـان مهنين يهتمون بعلاج المرضى ونشر خدمات العلاج النفسى [٢] .

ب ـ خدمة الجماعة كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية :

إن الانسان كائن حى اجتماعى لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن الاخريـن، هو دائم التواجد فى جماعات منذ بدايـة حياتـه وحتـى انتهائهـا ومـن الحقـائق التـى أفرزتها العلوم الاجتماعية والنفسية أن للجماعة تأثير كبـير علـى الفـرد وقـد يكـون هذا التأثير ايجابيـاً أو سـلبياً انطلاقـاً مـن هـذه الحقـائق ظهـرت طريقـة العمـل مـع

(1) Gisela Konopka : " Social Group Work : Ahelping Procoss " P. 18 .

(٢) جزيلاكونوبكا ، ترجمة رمزى يس مراجعة حسن الساعاتى ، خدمة الجماعة عملية المساعدة الهيئـة العامة لكتب والأجهزة العلمية ، القاهرة ، ١٩٦٩ ، ص٢٢٩ ، ٣٠٠ .

الجماعات كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية . التى تستخدم الجماعة الاجتماعية باعتبارها الأداة الرئيسية للعمل [١] .

وكانت بداية هذه الطريقة فى الولايات المتحدة الأمريكية والتى تواكب ظهورها مع بعض نتائج الثورة الصناعية ، حيث توجد الأحياء المختلفة وتزايد حركة الهجرة إلى المدن حيث تم ممارستها بشكل أو بآخر فى المحلات والأندية الاجتماعية .

وظهرت حينذاك الحركة الكشفية وحركة المعسكرات وظهور منظمات اجتماعية تمارس فيها أنشطة جماعية وقد استخدم مصطلح خدمة الجماعة فى ذلك الوقت ليصف عمليات كانت تمارس لشغل وقت الفراغ [٢] .

وحيث أن الجماعات الانسانية فى زيادة مستمرة مع التغير الحضارى الذى تمر به المجتمعات فلم تعد جماعة الأسرة هى وحدها الجماعة الأكثر تأثير على الإنسان بل أصبحت هناك جماعات كثيرة تلعب دوراً هاماً فى حياته تلك الجماعات أصبحت تتطلب من الإنسان علاقته بها وفى نفس الوقت المواءمة بينها وبينه [٣] .

---

(١) سمير حسن منصور ، طريقة العمل مع الجماعات " مفاهيم أساسية ومواقف تطبيقية " ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٩١ ، ص٥ .

(٢) أحمد فوزى الصاوى ، خدمة الجماعة بين النظرية والتطبيق ، بدون ، ١٩٨٧ ، ص٩ .

(٣) عبد الحميد عبد المحسن ، خدمة الجماعة أسس وعمليات ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٨ ، ص١٢ .

وتستند طريقة العمل مع الجماعات على حقيقة أن الناس جميعاً فى حاجة إلى المساعدة لمجرد كونهم كائنات بشرية ولهم الحق فى المشاركة فى تقدير أمور حياتهم وتكمن فيهم المقدرة على النمو وإن اختلفت هذه المقدرة من شخص لآخر وبواسطة الجماعة يستطيع الأعضاء تحقيق النمو الشخصى وتنمية الجماعة والمجتمع (١) .

ومن ثم نسطيع أن نتفهم طريقة خدمة الجماعة باعتبارها العملية التى عن طريقها يتمكن الاخصائى أن يؤثر فى حياة الجماعة وحيث يوجه بوعى وإدراك كل عمليات التفاعل مما يؤدى إلى نضج الأعضاء ونمو شخصياتهم ويجد الأعضاء من خلال التفاعل والنشاط الجمعى فرصاً لإشباع رغباتهم وتحقيق احتياجاتهم فى ضوء قيم المجتمع وأهدافه وتحاول هذه الطريقة أن توفر مناخاً اجتماعياً مناسباً للأعضاء يمكنهم من تحقيق ذواتهم (٢) .

وقد عرفت جيز لاكونبكا خدمة الجماعة بأنها " إحدى طرق الخدمة الاجتماعية التى تهدف إلى مساعدة الأفراد من خلال الخبرة الجماعية على زيادة أدائهم الاجتماعى ليواجهوا بكفاءة ونشاط مشكلاتهم الفردية والجماعية والمجتمعية(٣).

---

(١) أحمد فوزى الصادى ، العلاقة بين ممارسة العمل مع الجماعات وزيادة مشاركة الأعضاء فى مشروعات تنمية المجتمع المحلى ، بحوث تجريبية فى العمل مع الجماعات ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧ ، ص٧ .

(٢) محروس محمود خليفة ، ممارسة الخدمة الاجتماعية ، قراءة جديدة فى قضايا الرعاية الاجتماعية ، ط١ ، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ، ١٩٨٩ ، ص٢٩٧ .

(3) I Bide P. 15 .

أما تريكر (Trecker) فقد عرفها بأنها طريقة بواسطتها يتم مساعدة الأفراد في جماعات داخل مؤسسات اجتماعية ومن خلال اخصائي خدمة الجماعة الذي يقوم بتوجيه التفاعلات التي تحدث بين الأعضاء أثناء ممارسة أوجه النشاط حتى تزداد اتصالاتهم مع بضعهم البعض ومع الاخرين ، ويهيئ فرص النمو تبعاً لاحتياجات وقدرات الأعضاء بهدف نمو الفرد والجماعة والمجتمع المحلي[1].

أما جريس كويل " Graccoyly " فقد عرفها بأنها منهاج تعليمي يقوم على اكتشاف جماعات متطوعه تشغل وقت الفراغ وبمساعدة اخصائي أو رائد يرمى إلى تطور الفرد والوصول به عن طريق النشاط الحر إلى تكوين شخصية في مثل هذه الأحوال التي يسمح بانتهاج سبل التعاون والانسجام والمصلحة العامة. أما د/ محمد شمس الدين ١٩٨١ فقد عرفها بأنها طريقة يتضمن استخدامها عملية بواسطتها يساعد الاخصائي الأفراد أثناء ممارستهم لأوجه نشاط البرنامج في الأنواع المتعددة من الجماعات في المؤسسات المختلفة لينمو كأفراد وكجماعة ويساهموا في تغيير المجتمع في حدود أهداف وثقافة المجتمع [2] .

ولطريقة العمل مع الجماعات فلسفة تؤكد على أن الجماعة وسيلة لاكتساب وتعديل السلوك ذلك عن طريق مقابلة كل من الحاجة إلى الانتماء والحاجة إلى التقبل وأن نجاح الفرد وسعادته في حياته يتوقفان على قدرته على أن

---

(1) Horleiogh B.Trecker, Social Group Work : Principlese and Prac tices Associations Press, N.Y, 1955, P. 5 .

(٢) محمد كامل البطريق ، الخدمة الاجتماعية مهنة ذات علم وفن " دراسة تحليلية لتطور الخدمات الاجتماعية وأساليب العمل معها. مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٦٢ ، ص٨٩ .

يعيش ويعمل ويلعب مع أعضاء الجماعات المختلفة وفى ذلك فهى تؤمن بالأسلوب الديمقراطى الذى يقوم على احترام الفرد وكرامته واحترام الفروق الفردية [1] .

جـ - العلاج بالأنشطة :

وهذا النوع من العلاج يصلح لمرضى الفصام وخاصاً العلاج بالعمل فى هذا النوع من النشاط يصعب أحياناً التفرقة بين ما هو لعباً وما هو عملاً أو بين ما يعتبر عملاً ويمكن تقدير الفرق بينهما على أساس نظرة المريض ومدى تقبله للنشاط ونواحى تأثيره بالخبرات السابقة وصحته العقلية الحالية والعمل له أثره الايجابى فى استعادة الروح الاجتماعية ومن الخطأ أن نقول أن أنواعاً معينة من الأمراض النفسية والعقلية يستجيب اللعب استجابتها للعمل فإن اختيار النشاط المناسب تعلمه على أساس الحاجة الفردية لكل مريض ويهدف برنامج العلاج بالعمل إلى الحاق المريض النفسى بالأعمال الصناعية فى المستشفى ويختار من بين النجارة وكى الملابس وبأعمال الصيانة والأشغال الفنية والجلود وغير ذلك من الفنون .

على أى أساس يختار المريض للعلاج بالعمل ؟

١ - المريض الذى ارتفع مستواه فعلاً بدرجة تسمح له بالمساهمة الايجابية فى مواقف صناعية ولكن لم يتقرر خروجه من المستشفى بعد ويحتاج فى هذه الحالة إلى شئ من التكيف والاتزان فى مصانع المستشفى الخاصة قبل أن تلقى عليه مسئولية التكيف فى الحياة الخارجية .

---

(١) محمد شمس الدين أحمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مطبعة يوم المستشفيات ، القاهرة ، ١٩٨١ ، ص١٦ ، ص٢٤ ، ص٢٥ .

٢ ـ المريض الذى تقتضى طبيعة مرضه الاقامة فى المستشفى سنوات طويلة مثل هذا المريض إذا لم يجد نشاطاً يشغله فإنه قد يتعرض للمرض الشديد كذلك إذا بلغ العلاج بالمريض مرحلة كبيرة من التحسن فليس ثمة ضرر فى استمرار المريض فى الاستفادة بالأعمال الصناعية كالتى تتواجد بقسم العلاج بالعمل .

٣ ـ المرضى الذين زاد ترددهم على المستشفى وعلى الأخص فى حالات الشخصيات السيكوباتية وكثيراً عندما يعود المريض إلى نفس المستشفى يطلب إعادته إلى نفس العمل الصناعى الذى كان يزاوله من قبل [١] .

٤ ـ دور الإخصائى الاجتماعى مع المجتمع :

يعمل المجتمع دائماً على مواصلة وجود أفراده فى حالة ستاتيكية غير متغيرة ومن هنا يحق للمجتمع أن يودع أحد أفراده المصحات العقلية كوسيلة لابقاء هذا الجمود واللاتغير الاجتماعى ويتضح هنا حرمان المجتمع لأحد أفراده من حقوقه وعلاجه فى الإطار على أنه مريض مع أنه يملك قوة شفافة فى إدراكه وخبراته الذاتية وأنه باستثناء باقى أفراد المجتمع ناقد فصيح بليغ للهيكل الاجتماعى[٢].

ويتحدد دور الاخصائى مع المجتمع فى الآتى :

١ ـ إيقاظ الوعى العام بحقيقة الأمراض النفسية والعقلية وضرورة التغلب عليها .

---

(١) سامية محمد فهمى ، ممارسات الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص١٨٨ .

(٢) أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سابق ، ص٢٥٨ .

٢ ـ إثارة الوعى والـراى العام بحاجته إلى أنواع الخدمات التى تسهم فى مكافحة هذه الأمراض وبالتالى تزيد الفرص العلاجية للمجتمع .

٣ ـ تغيير آراء المجتمع على حقيقة الأمراض العقلية ومن ارتباطها فى أذهان العامة بالنواحى الوراثية وبالعار الذى يلحق بالأسرة التى يظهر فيها إذ أن الآراء القائلة بالوراثة آراء تفتقر إلى الأدلة العلمية وهى لم تتأكد بصفة قاطعة وبمحاولات الاخصائى فى هذا السبيل تدفع الأفراد والأسرة إلى عدم الاحتفاظ بمشاكلها وبذلك يقل عبء الحياة المضطربة عن كاهلها .

٤ ـ كما أن تحرير الأفراد من المشاكل النفسية هو فى نفس الوقت وقاية لذويهم من مثل هذه الاضطرابات . فالمعروف أن الشخص المعتل نفسياً يسوق المحيطين به إلى نفس المصير .

٥ ـ الحث على إيجاد مكاتب للراغبين فى الزواج والتأكيد من خلوهم من الأمراض الوراثية التى ترتبط بالأمراض العقلية بصورة مباشرة [١] .

٦ ـ الاهتمام بفئة من فئات المجتمع منذ وقت مبكر وهى فئة ضعاف العقل وهؤلاء لا يدخل ضمنهم البله والمعتوهين وناقصوا العقول وتنشئ لهم المستشفيات العلاجية دون أن توجه عناية خاصة إلى ضعاف العقول الذين يعتبرون المورد الرئيسى لحالات المرض العقلى وتبدأ العناية بضعاف العقول بإنشاء مدارس خاصة لرعايتهم وتوجيههم الوجهة التعليمية المناسبة ويتبع ذلك أيضاً فى التهيئة بطريقة تتناسب مع حالة الطفل وتكوينه الجسمى وتتدرج هذه الرعاية فى إطار العمل أيضاً سواء فى الريف لعدم مقدرتهم على التكيف مع حياة المدن الصاخبة .

٧ ـ مراعاة رفع مستوى الحياة المادية والروحية مع التطور فى القيم والمعايير السائدة فى المجتمع وبهذا يتجه الارتفاع فى مستوى المعيشة

---

(١) سامية محمد فهمى ، ممارسات الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص١٩٩ .

والارتفاع فى مستوى الحياة فى خط متواز مع وضوح القيم الروحية ونمو المثل العليا القائمة على فضائل أخلاقية مستقرة واضحة وبهذا تسير عناصر الحياة الانسانية فى صورة متناسقة تساعد على النمو العقلى وصيانة الصحة العقلية لأفراد المجتمع [1] .

٥ ـ دور الاخصائى الاجتماعى داخل مستشفيات الأمراض العقلية عامة :

استعرضت فيما سبق دور الاخصائى الاجتماعى فى كل طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية على حدة ثم فى النهاية استعرض دور الممارس الاجتماعى أو الاخصائى الاجتماعى النفسى داخل مستشفى الأمراض العقلية .

فهو فى مستشفيات الأمراض العقلية عليه التزامات وواجبات هى :

١ ـ يعهد إلى الأخصائى الاجتماعى النفسى العديد من المهام والخدمات الفردية والأسرية والاجتماعية التى تهدف إلى تحقيق التوافق فى علاقات المريض والتغلب على صعوباته .

٢ ـ يعد الاخصائى الاجتماعى النفسى خير من يدخل إلى قلب العقليين من المرضى الطمأنينة والراحة إلى الجو الجديد الذى وجدوا أنفسهم فيه وخاصة فى حالات قبولهم للعلاج الداخلى بمستشفى المرض العقلى وكثيراً ما يكون هو أول من يقابل المرضى الجدد محاولاً تعريفهم بعمله ومدى ما يمكنه أن يقدمه إليهم من عون . كما يحاول تعريفهم تبعاً لظروفهم بالخدمات التى ستقدمها لهم المستشفى ولا شك فى أثر كل ذلك تهدئة روعهم واعدادهم لتقبل العلاج الذى سيضعه الطبيب .

---

(١) المرجع السابق ، ص١٩٩ .

٣ ـ يدخل الاخصائى الاجتماعى النفسى ضمن فريق العلاج بالمستشفى العقلى وتعد دراسة الحالة التى يقوم بها مستنداً هاماً ينير الطريق أما الطبيب النفسى المعالج فى تشخيصها وفى رسم خطة العلاج العقلى بعد وتحديد خطواتها كما أن مناقشاته مع المريض والمناشط الذى يتجاهلها على المستوى الفردى أو الجماعى لها أهميتها فى معاونته على بناء علاقات أكثر صحة من ذى قبل وفى التحرك نحو واقعة الحلول لمشكلاته ضمن الاطار العام للعلاج الذى يشرف عليه الطبيب النفسى .

٤ ـ ورسالة الاخصائى الاجتماعى النفسى مع أسرة المريض لها فاعليتها وأهميتها فبدون إقناع الأسرة وتجاوبها لا يتسنى فى كثير من الأحيان البدء فى العلاج ومن ثم الاستمرار فيه . هذا من ناحية آخرى ومن ناحية أخرى قد تكون الأسرة بؤرة الاضطراب الوجدانى والصراع النفسى عند المريض والعمل معها سيكون له أثره فى الحالة علاجاً ووقاية ولا تقتصر مهمة الاخصائى الاجتماعى النفسى فى محيط الأسرة على ما تقدم ، بل كثير ما يجد نفسه مضطراً إلى تعديلات بيئته مثل تغير الاتجاهات أو تعديل صلاته بأخوانه وأخواته أو ادخال خدمات إلى بيئة المريض مثل الترفيه أو مشروع مهنى .

٥ ـ وتقع على عاتق الاخصائى الاجتماعى النفسى أيضاً مسئوليات جمة فى تنظيم الخدمات الثقافية والترويحية وحل مشكلات المرضى الاجتماعية التى لا تقع تحت حصر خلال وجودهم بالمستشفى مستعيناً فى ذلك بأساليب خدمة الفرد والجماعة وكثيراً ما يأتى العلاج الجماعى فى مجال المرض العقلى والنفسى بأطيب النتائج ويقوم الاخصائى الاجتماعى النفسى بزيادة هذا اللون من ألوان النشاط الجماعى الذى يجب أن يتم باستشارة الطبيب النفسى وتحت إشرافه .

٦ - وجود الاخصائى الاجتماعى النفسى فى تتبع المرضى أثناء ترددهم على المستشفى أو بعد خروجهم من المستشفى له أهميته القصوى إذا أن المريض فى حالة إنتقاله ثانيه إلى محل إقامته يحتاج إلى فترة نقاهة ، تعد مرحلة إنتقالية لعودته لاستئناف صلاته ونشاطه وإذا لم تؤد هذه المرحلة مهمتها فى إعادة إدماج المريض فى بيئته كان إنتكاس الحالة متوقعاً ، ويتسنى للاخصائى الاجتماعى النفسى أن يستغل الموارد البيئية لتمكين المريض من (النقاهة) السليمة وإعداده لتحمل مسئولية المواطن الايجابى والمنتج .

٧ - يستعين الاخصائى الاجتماعى النفسى فى عمله بطريقة خدمة الفرد وخدمة الجماعة كما يستعين أيضاً بطريقة تنظيم المجتمع وفيما يتعلق بتنظيم المجتمع على الاخصائى الاسهام فى التوعية المجتمعية بايضاح حقيقة المرض العقلى والنفسى بهدف تذليل الصعوبات التى تعترض سبيل اندماجيه المرضى مجتمعياً وأعادة بناء علاقتهم على أسس واقعية سليمة وكذلك زيادة الفرص العلاجية أمام المرضى وتشجيعهم على التقدم إلى العلاج بلا حرج .

٨ - يتطلب تقدم العمل الاجتماعى النفسى اهتمام الاخصائى الاجتماعى فى مجال المرض العقلى بالبحوث والدراسات التى تهدف إلى تقيم الجهود العلاجية ومبلغ جدواها وقياس فاعليتها فى توفير المستوى المرغوب من الصحة النفسية لهم [١] .

---

(١) محمد عبد المنعم نور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، دار المعرفة ، القاهرة ، ١٩٧٨ ، ص١٤٢ ، ص١٤٤ : ١٤٥ .

خامساً : ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى لإدماجه مع البيئة الخارجية:

يقوم الاخصائى الاجتماعى قبل خروج المريض من المستشفى بالاتصال بأهله لتعريفهم بطبيعة المرحلة القادمة وتوجيههم إلى كيفية التعامل معه وبعد خروج المريض من المستشفى يقوم الاخصائى بعمل زيارات منزلية للمريض لمساعدته على حل مشاكله خاصة فى الفترة التى تلى الخروج مباشرة [١].

ومن هذا المنطلق سوف أعرض ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفصامى لإدماجه مع البيئة الخارجية من خلال النقاط الآتية :

أ ـ العلاج البيئى والاجتماعى .

ب ـ رعاية مرضى الفصام فى المنزل .

جـ ـ دور الأسرة مع الفصامى .

أ ـ العلاج البيئى والاجتماعى :

هذا النوع من العلاج يوجه أساساً إلى البيئة التى يعيش فيها المريض وما يتعلق بعمله وطريقة معيشته ويشمل :

١ ـ الناحية التدعيمية ومنها :

أ ـ مساعدة المريض مادياً إذا لم يكن له مصادر مادية ولا يستطيع العمل .

ب ـ شراء أجهزة تساعده فى التغلب على عاهته إن وجدت أو تساعده على الكسب المادى ليستطيع المعيشة .

---

(١) أميرة صادق الطنطاوى ، فاتن عبد اللطيف ، مبادئ صحة المجتمع ، بدون ، الاسكندرية ، ١٩٩٣ ، ص١٣٣ .

جـ ـ مساعدته فى ايجاد عمل مناسب إن كان يستطيع ذلك وإن كان يعمل عملاً لا يستطيع القيام به مساعدته فى الحصول على عمل خفيف أو إجازة من العمل حتى تتحسن حالته (١) .

٢ ـ الناحية الاجتماعية وتشمل :

أ ـ الأسرة والأبناء والأقارب .

ب ـ زملاء العمل ورؤسائه .

مساعدته على تحسين علاقاته بهم وإفهامهم لحالته حتى يمكن مساعدته من جانبهم أيضاً ويقوم بهذا الدور وهذا النوع من العلاج الاخصائى الاجتماعى حيث يقوم بزيارات لأسرة المريض وبجهة عمله ويساعده فى ذلك بالطريقة المتقدمة (٢) .

ب ـ رعاية مرضى الفصام فى المنزل :

كان قرار إدارة مراكز كنيدى للصحة العقلية يهدف إلى توفير مشاركة فعالة للمجتمع فيما يختص بالمرض العقلى ومن ثم يؤكد على مبدأ خروج المرضى من المؤسسات العلاجية وإعادة ربطهم بعائلاتهم بالمنازل والتخفيف من عملية استمرار بقاء المرضى فى مصحات علاج الأمراض النفسية والعقلية ويعتقد أصحاب فكرة مغادرة المرضى للمستشفيات واستكمال شفائهم بالمنازل أن المرضى النفسيين يستطيعون أن يجدوا لهم مكاناً بسهولة داخل المجتمع وذلك بمساعدة العلاج النفسى وبمساعدة أسرهم بصفة خاصة وهكذا فإن مرضى الفصام ينقلون من مصحاتهم ليعيشوا فى المجتمع .

---

(١) محمودة حمودة ، الطب النفسى ، مرجع سابق ، ص٢٩١ .

(2) Social Work · Journal of The National Associaltion of Social Workers March - April, 1987, Volume 32., Number 2 P. 122.

وهناك من يدعى أن مبدأ خروج المرضى من المؤسسات العلاجية واستكمال شفائهم عن طريقة المعيشة وسط أسرهم قد فشل فى ادماج المرضى النفسيين فى المجتمع وفى اعادتهم للحياة الطبيعية ورداً على هذا الأدعاء فقد كافحت البرامج المؤيدة لكى تقدم أفضل أنواع الرعاية والعلاج للمرضى الذين نزحوا من المستشفيات ويعيشون وسط ذويهم ومنها البرامج اليومية داخل المجتمع التى تقدمها مراكز الصحة النفسية .

وفى عام ١٩٨٠ ذكر كل من (فنتراس) و (فريند) أنه كنتيجة لحركة عودة المرضى النفسيين إلى المجتمع بعد مغادرتهم مستشفيات الولاية أن حوالى ربع مليون مريض بالفصام تركوا بدون اشراف يتجولون فى شوارع المدينة بلا هدف ولا مقصد وإن كثير من الأفراد لم ينالوا قسطاً كافياً من الرعاية والمساندة ومن ثم لم يتوفر لهم الاتصال ببرامج المجتمع ويضاف إلى ذلك أن عائلات هؤلاء المرضى لم يكونوا مستعدين لمواجهة المتاعب الناتجة عن إيواء قريب لهم مريض بالفصام العقلى المزمن .

وهناك فريق يؤيد فكرة أن الفصام العقلى يتميز بالانتكاسات المزمنة والمتكررة التى يستغرق علاجها آجالاً طويلة ويرى " لامب " أن المشاكل والمعوقات التى اعترضت فكرة اخراج المرضى من المؤسسات العلاجية واستكمال شفائهم من خلال المجتمع نتجت بسبب الفشل فى الاعتراف بوجود نوعيات مختلفة من المرضى يحتاج علاجهم إلى فترات طويلة كما أنهم يختلفون ويتفاوتون بدرجة كبيرة فى قدراتهم على الاستجابة والتكيف مع المجتمع وأوضح أن كثير من البرامج القائمة فى المجتمع غير كافية بدرجة كبيرة وتخدم أقلية صغيرة فقط من المرضى الذين يستغرق علاجهم آجالاً طويلة .

وهناك عدة أبحاث تقترح تزويد العائلات وخاصة الوالدين بالوسائل العلاجية المعنية فى شفاء مرضاهم الذين يحتاجون إلى مدداً طويلة ويقيمون معهم فى بيوتهم وخاصة أن كثيرا من هذه العائلات مرهقة مالياً وعاطفياً إلا أن فريقاً من الباحثين يرى أن العائلات التى قبلت التحدى وأختارت طريق رعاية مرضاهم بالمنزل سيواجهون أحد أمرين : إما شفاء المريض أو هلاك الأسرة ذاتها ومع ذلك فإنه يجب الاشارة هنا إلى أنه على الرغم من المعاناة التى تصادفها الأسر فإن نسبة كبيرة ترحب بعودة مرضاهم إلى منازلهم .

وهناك تقارير متوفرة عن الاستشفاء بعد العلاج فى المحيط الاجتماعى وتتراوح نماذج العلاج فى كمية التركيز وفى المدى من جيث السكن ومن حيث البرامج العلاجية اليومية والتى تقدم أنشطة تهدف إعادة بناء الشخصية للمريض وهناك نماذج آخرى مثل دور الإحتضان والمساكن الانتقالية وهذه تقدم بينات أقل من حيث تكاملها إلا أن بها طاقم موظفين مستعدين لتلبية طلبات المقيمين بها ولقد أكدت مجهودات بحثية متنوعة تمت أنه عندما يكون المريض جزءاً من جماعة صغيرة داخل المجتمع وفى مناخ إستشفائى متفهم لرسالته فإنه يكون أقل عرضة للانفعالات والضغوط الزائدة جيث يتمتعون بجو اجتماعى مريح وصحبة ودودة كما إنه يبدأ فى الاحساس بكيانه وذاته مع احساسه بالفردية مع انخفاض معدل الانتكاس :

كتب كل من " مايرسون " و " هرمان " تقرير يوضح أن العلاج اليومى قد برهن على أنه مصدر فعال للاستشفاء بعد الخروج وخاصة إذا لازمه دواء مناسب فإنه يقلل من معدل الانتكاس ويوفر ظروفاً أفضل للمرضى العقليين ويقول (فان دركولك) و " جولدبرج " أن مرضى الفصام العقلى الذين يعيشون خارج

المصحات ويتلقون خدمات استشفائية مناسبة وعلاج اجتماعى مستمر تحسنت حالتهم بدرجة كبيرة من أولئك المرضى الذين يحصلون على برنامج متابعة بعد العلاج (١) .

وبالرغم من أن التسهيلات المقدمة لرعاية المرضى الذين غادروا المستشفيات ويقيمون فى منازلهم قد حققت نجاحاً فإنها عادة ما تكون قليلة بل نادرة وهكذا فإن غالبية المرضى النازحون من المستشفيات أصبحوا تحت رعاية مراكز الصحة العقلية من ناحية وعائلتهم من ناحية آخرى إلا أن الخدمات التى يقدمها المجتمع والتى تعتبر حيوية بالنسبة لمرضى الفصام العقلى عادة ما ينقصها البرامج المؤثرة والاخصائيون الاجتماعيون الماهرون اللازمون لمواجهة الحاجات التى تلزم المرضى الذين غادروا المستشفيات كما أنه يندر أن تقدم خدمات لمعونة العائلات فى القيام بمهمتهم الصعبة .

كما أوضحت الأبحاث أن جماعات الأسر ونماذج أسر التربية النفسية هى علاج تلقائى ناجح سواء للوالدين أو الأزواج حيث أنها توفر لهم دعم مستمر وتغذية عكسية من أقرانهم وهذه التلقائية تنمى أيضاً مستويات التحمل والمثابرة التى لا توفرها وسائل العلاج التقليدية الآخرى (٢) .

وأخيراً سوف أتناول دور الأسرة مع الفصامى وكيفية التعامل معه أو بمعنى آخر كيف يمارس الفصامى حياته اليومية .

---

(1) Ibide, P. 123 .
(2) I bide, P. 123 .

جـ - دور الأسرة مع الفصامى :

لقد صاحب الاتجاه الحديث والذى يحوز قبولاً واسعاً لاخراج مرضى الفصام من المستشفيات بأسرع ما يمكن ، اتجاه لاعادة التأكيد على دور الأسرة وإعادة تقيمية من وجهة نظر مغايرة ، فلم يعد ينظر للأسرة على إنها مصدر المرض وإنما ينصب الاهتمام عليها بوصفها أداة رئيسية فى استعادة المريض لحالته السوية إذ يجب اعتبار المريض عرضة للانتكاس لفترة زمنية معينة ويجب أن يعامل خلالها معاملة خاصة حتى لو بدا إنه قد أصبح طبيعياً تماماً .

والأسرة وإن كان بمقدورها تأهيل المريض إلا أنها لا تستطيع القيام بالعلاج النفسى وهناك فرق كبير بين التأهيل وبين العلاج النفسى وإن كان التأهيل يخلط عادة بينه وبين العلاج النفسى أو يعتبر أحد أنواعه ، وبينما يقوم المعالج النفسى بالاشتراك مع المريض باستكشاف حياة المريض الداخلية ، يقوم أفراد الأسرة بالأشتراك مع المريض باستكشاف العالم الخارجى ، حتى يتبين له أن العالم الخارجى ليس مرعباً مثلما بدا له من قبل بل هو مكان بمقدوره أن يجد لنفسه فيه موطئ قدم بل ما هو أكثر من ذلك بكثير .

والتأهيل الذى يجرى داخل الأسرة يتضمن شعور الفرد بالألفة تجاه أسرته وشعوراً بالأخوة تجاه الأشقاء والأقارب أى يتميز بمضمون عاطفى وجدانى أكثر مما نجد فى التأهيل الذى تقوم به المؤسسات.

لكن دعونا نواجه مباشرة عودة المريض لأسرته ، فقد أضيف عامل جدير ولم يعد جو الأسرة كما كان من قبل والإدعاء بان كل شئ كما كان ليس إلا طمساً للحقيقة إذ أن مثل ذلك الادعاء إنما يقوم على ميكانزمات الانكار التى تؤدى

إلـى عواقـب سيئة وفضـلاً عـن ذلـك ليـس مـن صـالح الأسـرة ألا تحـدث بعـض التغييرات فالشفاء من الفصام ليـس كالشـفاء مـن التهـاب الغـدة النكفيـة أو الحصبـة وحدوث تغير فى جو الأسرة ليس حدثاً سيئاً بعامة بـل يمكـن أن يـؤدى إلـى نتـائج مرضية والحياة مع المريض يوماً بيوم تصبح عملاً علاجياً ، وهو ليس عملاً هينـاً حتـى بالنسـبة لأشـد الأسـر تعاونـاً . مهمـة الأسـرة لا تنحصـر فـى مجـرد إيـواء المريض وإنما عليها أن تشكل جواً من التقارب والمودة الحميمـة يقتـم فيـه الجميـع الأحزان والأفراح معاً [١] .

---

(١) سيلفانو أريتى ، ترجمة د/ عاطف أحمد ، الفصامى : كيف نفهمه ونساعده دليل للأسرة والأصدقاء ، مرجع سابق ، ص١٥٣ : ص١٥٦ .

الخاتمــة :

الاخصائى الاجتماعى النفسى هـو اخصـائى اجتمـاعى يعمـل فـى المجـال النفسى وهو خريج كليـات الخدمـة الاجتماعيـة وينـال دراسـات متقدمـة فـى العلـوم النفسـية والعقليـة ورغـم إن دوره لا يتنـاول العـلاج المباشـر إلا أنـه يسـاعد الفــرد المريض على أن يتقبل حقيقة مرضــه وأنـه فـى حاجـة للعـلاج كمـا إنـه يسـهم فـى عمليـات الدراسـة والتشـخيص والعـلاج مـع الفريـق المعـالج ويعمـل علـى تحسـين الجوانب البيئية التى يكشف التشخيص عن سببها كـأحد العوامـل كمـا يباشـر تنفيذ خطة العلاج ومتابعتها ويساعد البيئـة ويهيئها لاسـتقبال المريـض . والتعـامل معـه بطريقة لا تجعله عرضة للانتكاس السـريع ويسـاعد المريـض علـى الاشـتراك فـى الأنشطة الاجتماعية المختلفة التى تعاونه على الخروج من عزلته ويقوم الاخصـائى الاجتمـاعى النفسـى بعمليـات الدراسة والتشــخيص والعــلاج للمرضــى وأســرهم باستخدام أساليب طرق خدمة الفرد وخدمة الجماعة واستراتيجيات تنظيـم المجتمـع ومن خلال عملية المسـاعدة المباشـرة فـى المقـابلات الفرديـة أو العمليـة الجماعيـة يستطيع الاخصائى أن يساعد المريض فـى وصـف مشـكلاته التـى تنشـأ فـى بيئـة اجتماعية أو المشكلات التى لها صلـة بعلاقاتـه الشـخصية والأسـرية والتـى تعوقـه على القيام بوظائفه وأدواره بصـورة ملائمـة والاخصـائى الاجتمـاعى النفسـى فـى عمله المتكامل مع غيره مـن أعضــاء الفريـق العلاجـى يتحمـل مسئوليات آخـرى تتعلق بالتنسيق بين جهوده ووظائف غيره وأعضاء الفريق [1] .

وبهذا قد ألقيت الضوء على دور الاخصائى فـى كـل طريقـة مـن الطـرق على حدة ودوره كممارس لكل الطـرق ودوره ضمـن الفريـق العلاجـى ثـم الـدور الوقائى للاخصائى فى المجتمع حيال الفصامى وكيفية حماية الأفـراد مـن الاصابـة بهذا المرض .

---

(١) سامية محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، مرجع سابق ، ص٩٨ : .

المراجع

أولاً : المراجع العربية

١ ـ أحمد عزت راجح ، أصول علم النفس ، القاهر ، سجل العرب ، ١٩٦٥.

٢ ـ أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتب الانجلو المصرية ، ١٩٩٢ .

٣ ـ أحمد فوزى الصاوى ، خدمة الجماعة بين النظرية والتطبيق ، بدون ، ١٩٨٧ .

٤ ـ أحمد فوزى الصادى ، العلاقة بين ممارسة العمل مع الجماعات وزيادة مشاركة الأعضاء فى مشروعات تنمية المجتمع المحلى ، بحوث تجريبية فى العمل مع الجماعات ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧.

٥ ـ أحمد محمد عبد الخالق ، أسس علم النفس ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٩ .

٦ ـ أرنولدج . ماندل ، البيولوجيا فى خدمة الانسان فى الصحة .. والمرض . وتحديد النسل (ترجمة د. توماس بطرس روفائيل) ، مطبوعات كتابى ، الاسكندرية ، ١٩٧٢ .

٧ ـ إستانلى هارون ، مناهج الرعاية الاجتماعية وتطبيقاتها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة المنصورة ، ١٩٧٨.

٨ ـ إقبال بشير ، وإقبال مخلوف ، الاعتبارات النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية فى العمل مع الأفراد، المكتب الجامعى الحديث، الاسكندرية ، ١٩٨١ .

٩ ـ إقبال محمد بشير وإقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٣ .

١٠ ـ إمام أحمد محمد عبد الله ، الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب النفسى ، الكتاب الجامعى ، بدون سنة نشر .

١١ ـ أميرة صادق الطنطاوى ، فاتن عبد اللطيف ، مبادئ صحة المجتمع ، بدون ، الاسكندرية ، ١٩٩٣ .

١٢ ـ إنتصار يونس : السلوك الانسانى ، دار المعارف ، الاسكندرية ، ١٩٨٦.

١٣ ـ ترجمة قدرى حفنى ، لطفى فطيم مراجعة د: أحمد عكاشة ، الانسان والجنون ، مذكرات (طبيب أمراض عقلية) ، دار الطليعة ، بيروت ، ١٩٧٥ .

١٤ ـ جزيلاكونويكا ، ترجمة رمزى يس مراجعة حسن الساعاتى ، خدمة الجماعة عملية المساعدة الهيئة العامة لكتب والأجهزة العلمية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

١٥ ـ جلال الدين عبد الخالق رمضان ، العمل مع الحالات الفردية عمليات ونظريات ، الاسكندرية ، ١٩٩٤ .

١٦ ـ جمعه سيد يوسف ، سيكلوجية اللغة والمرض العقلى ، عالم المعرفة ، العدد ١٤٥ ، ١٩٩٠ .

١٧ ـ حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسى ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط٢ ، ١٩٧٧ .

١٨ ـ حلمى أحمد حامد ، مبادئ الطب النفسى ، القاهرة ، دار الصفا للطباعة والنشر ، ط١ ، ١٩٩١ .

١٩ ـ رمضان محمد القذافى ، الصحة النفسية والتوافق . الجماهيرية الليبية ، دار الرواد ، ط١ ، ١٩٩٢.

٢٠ ـ ساميه محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، دار المعارف الجامعية ، اسكندرية ، ١٩٨٧ .

٢١ ـ سعد جلال ، فى الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، القاهرة ، دار الفكر العربى ، ١٩٩٢ .

٢٢ ـ سمير حسن منصور ، طريقة العمل مع الجماعات " مفاهيم أساسية ومواقف تطبيقية " ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية، ١٩٩١ .

٢٣ ـ سيلفانوا أريتى ، ترجمة د. عاطف أحمد ، الفصامى : كيف نُفهمه ونساعده دليل الأسرة والأصدقاء ، عالم المعرفة ، العدد ١٥٦، ١٩٩١ .

٢٤ ـ عباس محمود عوض : الموجز فى الصحة النفسية ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٤ .

٢٥ ـ عبد الباسط محمد حسن ، علم الاجتماع الصناعى ، الطبعة الثانية ، مكتبة غريب ، ١٩٧٨ .

٢٦ ـ عبد الحميد عبد المحسن ، خدمة الجماعة أسس وعمليات ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٨ .

٢٧ ـ عبد الرءوف ثابت ، مفهوم الطب النفسى ، القاهرة ، مطابع الأهرام ، ١٩٩٢ .

٢٨ ـ عبد الرحمن العيسوى ، علم النفس ومشكلات الفرد ، منشأة المعارف ، الاسكندرية ، بدون سنة نشر .

٢٩ ـ عبد رب النبى محمود ، علم الاجتماع فى الميدان الطبى ، رسالة ماجستير ، الاسكندرية ، ١٩٦٥ .

٣٠ ـ عبد الفتاح عثمان ، على الدين السيد ، نظريات خدمة الفرد المعاصرة وقضايا المجتمع العربى ، القاهرة ، مكتبة عين شمس ، ط١، ١٩٩٣ .

٣١ ـ عزيز فريد ، الأمراض النفسية والعصبية (علمياً ـ تشخيصياً ـ علاجياً)، الشركة العربية للطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٦٤ .

٣٢ ـ عطوف محمود ياسين ، علم النفس العيادى ، بيروت ، دار العلم للملايين، سنة ١٩٨١ .

٣٣ ـ عطوف محمود ياسين ، أسس الطب النفسى الحديث ، بيروت ، منشورات بحسون الثقافة ، ط١ ، ١٩٨٨.

٣٤ ـ على عبد الرازق جلبى ، الطب النفسى الاجتماعى النظرية والتطبيق ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ .

٣٥ ـ على عبد الرازق جلبى ، نادية عمر ، الطب الاجتماعى النظرية والتطبيق ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٢.

٣٦ ـ عوض محمد ، قانون العقوبات القسم العام ، إسكندرية ، دار المطبوعات الجامعية ، ١٩٩١ .

٣٧ ـ فاطمة الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مطبعة السعادة ، القاهرة ، ١٩٧٤ .

٣٨ ـ فؤاد محمد كامل وآخرون ، مدخل إلى الطب النفسى الإكلينيكى ، بدون ناشر ، ١٩٨٢ .

٣٩ ـ مجلة الطب النفسى الاسلامى ، السنة الثامنة ـ العدد ٣٥ يوليو ـ ١٩٩٣،

٤٠ ـ محروس محمود خليفة ، ممارسة الخدمة الاجتماعية ، قراءة جديدة فى قضايا الرعاية الاجتماعية ، ط١ ، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ، ١٩٨٩ .

٤١ ـ محمد سلامة محمد غبارى ، العمل مع الحالات الفردية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٩ .

٤٢ ـ محمد شمس الدين أحمد ، العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية ، مطبعة يوم المستشفيات ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٤٣ ـ محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، القواميس العلمية ، ١٩٩٠ .

٤٤ ـ محمد عبد المنعم نور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، دار المعرفة، القاهرة ، ١٩٧٨ ، ص١٤٢ .

٤٥ ـ محمد كامل البطريق ، الخدمة الاجتماعية مهنة ذات علم وفن " دراسة تحليلية لتطور الخدمات الاجتماعية وأساليب العمل معها، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٦٢ .

٤٦ ـ محمود حسن ، الخدمة الاجتماعية في الجمهورية العربية المتحدة ، ط١ ، دار المعارف ، ١٩٦٧ .

٤٧ ـ محمود حمودة ، الطب النفسي ، القاهرة ، الفجالة ، ١٩٨٥ .

٤٨ ـ محمود هاشم الودرني ، مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي .

٤٩ ـ مختار حمزة ، سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى ، جدة ، دار المجمع العلمي ، ط٤ ، ١٩٧٩ .

٥٠ ـ نشرة منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩١ .

٥١ ـ نوري الحافظ ، التكيف وإنعكاساته الايجابية ، بدون ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بدون .

٥٢ ـ يسري عبد المحسن ، مستشفياتنا العقلية وكلمة حق ، كتاب اليوم الطبي العدد ٦٣ ، ١٩٨٧ ، القاهرة .

ثانياً : المراجع الأجنبية

1 - Bandler : Dynamics of Teaching Learning Process, (N.Y . Journal.) of Social Work education, Vol 22 - No.1 , 1986 .

2 - Bernecesion, " Design of Learning Experiences in Field instisuation ", Social service Review, Vol, 40 , 1966 .

3 - Betty Biceard : Social Work Process : Prontice - Hall Inc., N. Y. 1982 .

4 - Bucher, Charles A; and others, Recetion . For Tody Society Prentic Hall, in england, New Jersy, 1984.

5 - Cherry Morris, Social Case Work Greet Brita Britain , London Publiahers Faber and Feber, L.T.D.

6 - Daivdson's Principles and Practice of Medicines Jhon Mochel, The English language Book Society Chupchill Livingstone 1978 .

7 - David Wiggims, Needs. Valus. Truth . Essayim the Philosophy of value, Basil Black, Well, Oxford 1987 .

8 - Dowring, R, : Bridging The gap between. educations and Practice, Social work, June, 1974 .

9 - Encyclopedia of Social Work, National Association of Social Workers .N.Y, 1971 , Vol 11 .

10 - Ernest G. " The Practice of Science and The Scien of Practice ", in : Waren G Bennis, Kenneth D. Benne, and Robertchin . The Planning of Change (New York : Hatt, 1961) .

11 - Konopka G. : " Social Group Work : Ahelping Process

12 - Thecker H. : Social Group Work : Principle and Practice Asso Ciattion Press, N.Y 1955 .

13 - Journal of National, Associattion of Social Work March 1992, Volume, 37, Number 2.

14 - Kloger, J. Others : Midway Agencies : Jouranal of Work, N.Y. 1974 .

15 - Journal of National Associattion of Social Workers . March 1992 , Volume 37 , Number 147 .

16 - Mostafa Kamal El Din, Positive and negative Symptons in Schizophrenia , Master of neurology , and Psychiatry , Faculty of Medicine Univercity of Alex ., 1992 .

17 - Al Garem, O., : Al Garem's Clear Psychiatny, Alex, Dar Al Ma'ref 1985 .

18 - Weinbeng, S. K., : Types of Family Patterns that Catribute
to Mental disordero, in : S.K Weinberg The
Sociology of mental disorder .

19 - Social Work, March - April, 1987, Volume 32, Number2.

20 - Stanitis G., : The Enhancemont of self, estern through the
Communication Process in a graup Psychotheropy
" Jon and mental health Services, 12, 1977 .

21 - The Role of the Social Welfare in Psychiatric Service,
World Health Organization, Regional office for .
Europa, Copenhagen, 1974 .

22 - Abd El - Mohsen., Y., : Basic Psychiatry, Cairo .

الباب الثانى

رعاية ذوى الأمراض النفسية

تقديم الباب الثاني *

تمثل الأمراض النفسية اليوم واحدة من الأمراض التي يطلق عليها أمراض العصر لأنها تُعد شبحاً مخيفاً يتزايد يوماً بعد يوم ومن المتوقع زيادتها أكثر لاسيما وأن العالم الآن يمر بسلسلة من التحولات والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية ستؤثر بالطبع على الإنسان الذي يعيش هذا العصر وعلى صحته النفسية لأنها (أي التغيرات) لا تترك للإنسان فرصة ليفكر فيها أو يدبر كيف يتعايش معها لأنها متلاحقة وسريعة .

وقد أصبحت الأمراض لنفسية لا تصيب الكبار وحدهم بل يعاني منها الأطفال أيضاً لأسباب متعددة من بين أهمها معايشته لأسرته أو لأحد الوالدين الذي قد يكون مريضاً نفسياً وينعكس مرضه على طريقة تعامله مع أبنائه فتتأثر حالتهم النفسية بمرضه وبأسلوب تعامله معهم وهذا ما تطالعنا به نتائج البحوث والدراسات المحلية والدراسات المحلية والعالمية وما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل الرابع لتشخيص الأمراض النفسية المعدل (DSM - IV) ، مما ينبؤ بأن الأطفال في حالة إصابتهم بالاضطرابات النفسية في الصغر قد يتعرضون إلى الدخول في دائرة المرض النفسي عند الكبر بل تشير إحدى الدراسات أن معدلات الانتحار بين الأطفال تتزايد بسبب اضطراباتهم النفسية .

والفصول التالية تناقش هذه القضية وتعرض لأهم الأمراض النفسية وأنواعها وأعراضها وأسبابها وطرق علاج كل منها وهذا ما جاء في الفصل الخامس ، أما الفصل السادس فقد تناول التشخيص الاجتماعي للأمراض النفسية

---

* قام باعداد هذا الباب الدكتور / سلامه منصور .

والنقاط التى يجب أن يركز عليها الأخصائى الاجتماعى عند العمل فى مجال الأمراض النفسية مستخدماً نظرية الدور كإطار نظرى موجه لعمله المهنى باعتبار أن الممارسة يجب أن تنطلق من منظور علمى ، كما تناول الفصل السابع نشأة العيادات النفسية والأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعى سواء مع الحالات الفردية أو الجماعات العلاجية أو المنظمات المحلية كموارد مجتمعية يجب الاستفادة منها أو مع الفريق العلاجى . واختتم الكتاب بالفصل الثامن والذى تناول العلاج الأسرى فى المجال النفسى ونظرة هذا النموذج العلاجى لكيفية ظهور المرض أو المشكلة وتوضيحاً لأنماط الأسر السوية والمريضة وكيف تحدث المشاكل الأسرية والمراحل العلاجية وأخيراً الأنتقادات الموجهة لهذا النموذج .

إن هذه الفصول هي خطوة على الطريق الذي سلكه المؤلف وهو محصلة خبرة متواضعة للعمل في المجال النفسى مع حالات المرضى النفسيين. وأتمنى أن أكون قد وفقت في تناول موضوعاته ويسعدني تلقي أى نقد أو تعليق على ما جاء به للوصول إلى إلمام أفضل بالموضوعات المتعلقة بالأمراض النفسية دراسة وتشخيصاً وعلاجاً .

والله الموفق والهادى إلى سوء السبيل ،،،،

المؤلف

د . سلامه منصور

الفصل الخامس

الأمراض النفسية : اسبابها والاتجاهات المفسرة لها

- تعريفها
- حجمها فى المجتمع
- أسبابها
- لماذا يعانى الشباب المعاصر من الاصابة بها ؟
- أنواعها

مقدمة :

فى الآونـة الأخيرة زاد الاهتمام بقضايا ومشكلات الصحة النفسية فى الدول الصناعية المتقدمة وذلك لتحقيق الأمن والرضا والطمأنينة التى عجزت الرفاهية المادية عن تحقيقها لافراد هذه الدول .

وفى هذا الفصل سيحاول المؤلف تقديم فكرة عن مفهوم المرض النفسى والاتجاهات المفسرة لأسباب الإصابة به وأنواعه ، وكذلك الطرق الحديثة فى العلاج .

فالمرض النفسى فى حقيقته هو نوع من الأمراض التى تصيب الإنسان ، الا أنه يختلف عن الأمراض العضوية فى أشياء متعددة من أهمها عدم معرفة الأسباب المحدثة له فى كثير من الحالات وعدم اختلاف الصورة الاكلينيكية كثيرا عن السلوك العادى للانسان ، مما يؤدى الى تأخر الاتجاه الى الطبيب النفسى، الأمر الذى يساعد على التنقل بين تخصصات الطب المختلفة بحثاً عن العلاج فيؤدى ذلك الى تفاقم الإصابة بالمرض النفسى .

أولا : مفهوم المرض النفسى :

" جاء فى التقرير السنوى لجمعية الطب النفسى الصادر فى عام ١٩٥٢م. أن الأمراض النفسية هى عبارة عن مجموعة من الانحرافات التى لاتنجم عن علة عضوية أو تلف فى تركيب المخ . . الخ ، ومعنى ذلك أن المرض النفسى ليس جسمياً او عضوى المنشأ بل هو اضطراب وظيفى فى الشخصية ، لا يرجع الى إصابة أو تلف فى الجهاز العصبى وإنما يرجع أساسا الى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية او اضطرابات علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعى الذى يعيش فيه ويتفاعل معه إلى غير ذلك من ألوان الخبرات المؤلمة التى تعرض لها الفرد فى ماضى حياته وخاصة فى طفولته المبكرة " (١) .

وهناك من يرى أن المرض النفسي أو العصاب " . . Neurosis . . " هو اضطراب وظيفى فى الشخصية يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة منها القلق . والوساوس والأفكار المتسلطة والمخاوف الشاذة مضطرا الى اداتها بالرغم عن إرادته ، ومن هذه الاعراض تعطل حاسة من الحواس او شلل عضو من الاعضاء دون ان يكون لهذا التعطل او الشلل سبب جسمى او عصبى"(٢).

" والامراض النفسية تنتاب الشخص لأسباب نفسية ولا يكون لها اساس عضوى وإنما تعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسى الداخلى ، والتى تؤدى الى إختلال جزئى فى الشخصية ويكون المريض بها لا يزال متصلا

---

(١) مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٦٧، ص ١٩٦ .

(٢) احمد عزت راجح ، اصول علم النفس ، الدار القومية للطباعة والنشر ، ط ٦ ، الاسكندرية، ١٩٦٦. ص ٥٥٨ .

بالحياة الواقعية ، وتعتبر الأمراض النفسية امتدادا للمشكلات النفسية التى تعرض لها الفرد فى ماضى حياته خاصة فى طفولته المبكرة [١] " .

وبتحليل التعاريف السابقة نلاحظ ما يلى :

١ ـ أن المرض النفسى هو اضطراب فى وظائف الشخصية وليس اضطراباً عضوياً .

٢ ـ أعطت التعاريف السابقة دورا هاما للعوامل البيئية التى تحيط بالانسان فى إحداث الاصابة بالمرض النفسى .

٣ ـ أن المريض النفسى يكون متصلا بالحياة الواقعية ومدركا لما يدور حوله.

٤ ـ أن لمرحلة الطفولة أهمية فى تكوين شخصية الانسان ، وللخبرات السيئة فى الطفولة المبكرة دورا فى حدوث الاصابة بالمرض النفسى .

" ومما لاشك فيه أن الامراض العصابية (النفسية) أصبحت تواجهنا المشكلة صحية عامة ، اذ ان مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية ، فهى فى الحقيقة اكثر فروع الطب النفسى والعقلى شيوعا ، ويتسم العصابى بصفة عامة بوجود صراعات داخلية ويتصدع فى العلاقات الشخصية وظهور أعراض مختلفة أهمها : القلق والخوف الاكتئاب ، والوساوس ، والافعال القهرية ، وسهولة الاستثارة ، والحساسية الزائدة ، واضطرابات النوم والطعام ، وكذلك الاعراض الهيستيرية " [٢] .

حجم الاصابة بالأمراض النفسية فى المجتمع :

تتفق غالبية الأراء على ارتفاع معدلات الاضابة بالمرض النفسى على مستوى العالم ويكفى للدلالة على ذلك ما سيعرضه المؤلف من هذه الاراء فيما يلى:

---

(١) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨١، ص ٢٨٤ .

(٢) احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية ، ط ٤ ، القاهرة ، ١٩٨٦، ص٢٠.

" ولعل من الاحصائيات ما يعطينا صورة لحجم هذه الامراض فى المجتمع فمثلا فى احد الابحاث وجد ان ٣٣٪ من كل المتقدمين لكل العيادات ذات التخصصات الطبية المختلفة فى بريطانيا كانوا يعانون من امراض نفسية ، كما صدر كتاب طبى حديث فى الولايات المتحدة يوضح أن ٧٥٪ من كل المرضى الذين يطلبون العلاج فى اى فرع من فروع الطب يعانون من اضطراب نفسى ويحتاجون الى طبيب يعرف قدرا معقولا عن الأمراض النفسية وكيف يتعامل مع المريض على اسس سليمة من الناحية النفسية [١].

٢ ـ ولان جانب الحقيقة اذا قلنا ان حوالى سدس المرضى المترددين على المستشفيات العامة ، وثلث المرضى المترددين على العيادات الخاصة او يزيد مصابون بالعصاب " [٢].

٣ ـ " وترى وجهة اخرى ان الامراض النفسية تمثل نسبة ٣٥٪ من جملة المترددين على العيادات الخارجية فى المستشفيات العامة فى العالم العربى" [٣].

٤ ـ ويرى اخرون ان الامراض النفسية اصبحت واسعة الانتشار بدرجة توازى انتشار الامراض التنفسية العليا (كالزكام) بين السكان [٤].

٥ ـ وتوضح لنا بعض التقارير أن حوالى ٤٠٪ ـ ٦٠٪ من المرضى الذين يترددون على الاطباء يعانون من المرض النفسى (العصاب) ، وقد

---

(١) فرج امين ، عن المشكلة وكلمات فى اذن اسرة المريض النفسى ، "بحث منشور " فى مجلة الصحة النفسية ، السنة الخامسة عشرة ، العدد الرابع ، يوليو ، أغسطس ، ص ٤٠ .

(٢) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢٩ .

(٣) الزين عباس عمارة ، مدخل الى الطب النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٦٣ .

(٤) فخرى الدباغ ، اصول الطب النفسانى ، دار الطليعة للطباعة والنشر ، بيروت ، ط ٣ ، ١٩٨٣ ، ص ٨٩ .

اشارت احدى الدراسات التى أجريت فى الولايات المتحدة الامريكية ان ٦٠٪ من الوقت الضائع فى ميدان الصناعة يكون نتيجة لاصابة العمال بامراض نفسية " [١] .

من كل ما سبق من آراء يتضح أن المرض النفسي منتشر بدرجة كبيرة بين افراد المجتمع وعلى الرغم من عدم اتفاق العلماء على النسبة التى يوجد بها المرض النفسى بين الناس ، الا ان النسب التى ذكرناها تدل على كبر حجم المشكلة ، ونستطيع ان نذكر ان هذه الارقام الاحصائية عن الامراض النفسية انما هى اقل من الواقع بكثير لأسباب متعددة من أهمها أن بعض المرضى النفسيين يعتبرون المرض النفسى وصمة كبرى لهم ولأسرهم ولذلك يخفون مرضهم ، وربما لا يبادرون بالعلاج ، كما ان بعض المرضى يلجأون للمعالجين من غير الاطباء الذين يعالجونهم بالسحر الامر الذى يحول دون دخول هؤلاء ضمن الاحصائيات العامة للمرضى النفسيين .

اهمية معرفة الاسباب الحقيقية للامراض النفسية :

ان معرفة الاسباب التى تؤدى الى اصابة انسان العصر الحديث بالامراض النفسية والعقلية تعد من الاهمية بمكان ، لا لرجال الطب فحسب ، وانما للرجل العادى ايضا . وذلك بغية ان يتحاشى تلك الاسباب ويتجنب الوقوع فى المواقف والظروف التى أدت إلى اصابته او إصابة ذويه بأى من تلك الامراض والمعروف بطبيعة الحال ان الوقاية خير من العلاج . [٢]

---

(١) ترجمة محمود الزيادى ، علم نفس الشواذ، دار النهضة العربية ، القاهرة د . ت ، ص ص ٦٧ ـ ٦٨ .

(٢) عبد الرحمن العيسوى ، الاسلام والعلاج النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٠ .

" ولا شك ان معرفة الاسباب المختلفة للامراض النفسية والعقلية مسألة بالغة الاهمية، ولاسيما فى عصر تزداد فيه هذه الامراض تفاقما وانتشارا " [١] .

ولقد تعددت وجهات النظر وامتلأ التراث السيكولوجي بالعديد من الاتجاهات التى تفسر أسباب الامراض النفسية ، والتى جانب بعضها الصواب جينما قرر ان هناك سببا واحد لها واعتبره السبب الحقيقى الوحيد فى تفسير تلك الامراض مثل العوامل الوراثية او العضوية او البيئية او غيرها .

وسيحاول الباحث فيما يلى ان يعرض لوجهات النظر المختلفة فى تفسير أسباب الامراض النفسية :

أولا : وجهة النظر الاولى : [٢]

ترى ان أسباب المرض النفسى متعددة ومتشابكة ، وفى الفرد الواحد تتعدد الاسباب كذلك ، ونادرا ما يوجد سبب واحد للمرض الواحد ، ويمكن تصنيف الأسباب الى ثلاث مجموعات عامة هى :

١ ـ الاسباب البيولوجية . . Biological Causes

٢ ـ الاسباب النفسية . Psychologenic Causes

٣ ـ الاسباب الثقافية . . . . Cultural Causes

ويقسم فخرى الدباغ العوامل المسببة للمرض النفسى إلى :

أ ـ العوامل التمهيدية (او المساعدة) . Predisposing Factors

ب ـ العوامل الحاسمة (او الترسيبية) . . Precisposing Factors

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٢ .

(٢) فخرى الدباغ ، اصول الطب النفسانى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٨٣ .

فالعوامل المهيئة هى التى تجعل الفرد عرضه للاصابة بمرض نفسى معين أكثر من مرض آخر ، وقد تكون عوامل وراثية أو عضوية أو اجتماعية ، فالحرمان العاطفى والجفاء الذى يتعرض له الطفل قد يجعل منه شخص غير متهيىء لمواجهة مصاعب الحياة الواقعية أى أكثر إستعداداً للاصابة بالعصاب مثلا. اما العوامل الحاسمة فهى تبلور المرض كحقيقة ملموسة ، فهى اذن شدائد مباشرة اذا توجهت الى فرد مستعد فجرت فيه المرض النفسى وأظهرته ، وكمثال على ذلك نذكر : فقدان الأحباء ـ الهزات والازمات المالية الحوادث ـ الامراض الجسمية ـ المشاكل الزوجية .

ثانيا : وجهة النظر الثانية : [1]

وترى ان الامراض النفسية ماهى الا نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة موجودة فى البيئة والانسان معا واسبابها اما مهيئة او مرسبة .

اولا : الاسباب المهيئة :

وهى متعددة ومختلفة وربما استمر تأثيرها على المريض عدة سنوات وهى تحصيئ لحدوث المرض اى تجعل الانسان عرضة ـ أكثر من غيره ـ لظهور المرض النفسى اذا ما أصابه سبب مرسب ، واهم هذه الأسباب ما يلى :

١ ـ الوراثة :

وهى عامل عام يكاد يشمل الناس جميعا اذ قلما تخلو عائلة من وجود مرض نفسى او عقلى بها ، وتلعب جميع انواع الوراثة دورا واضحا فى تكوين المريض النفسى وتهيئته لظهور نوع معين من المرض .

---

(١) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٣٧ ـ ٤١ .

٢ ـ مراحل العمر :

تعتبر مراحل المراهقة (١٢ ــ٢٠) وسن اليأس (حول ٥٠) وسن الشيخوخة (بعد ٦٠) مراحل حرجة فى حياة الانسان يكثر فيها حدوث المرض النفسى وذلك لعدم التوازن بين الناحية الجسمية والناحية النفسية فى مرحلة المراهقة، وكذا الشعور بقرب النهاية والعزلة والضعف ونقص الكفاءة فى مرحلتى اليأس والشيخوخة .

٣ ـ البيئة : وتنقسم إلى

(أ) عوامل عامة من اهمها :

١ ـ **المدينة والحضارة** : وهى تمثل عبئا على عدد كبير من الناس لاسيما ضعيفى القدرات ذوى التكوين النفسى الهش .

٢ ـ **التصنيع** : يحتاج العمل الصناعى الى قدرات اكبر من العمل الزراعى ويحتاج ذلك الى طاقة نفسية اكبر للتكيف ، وهكذا يعتبر التصنيع عبئا على نفوس الناس ويهيىء للمرض النفسى .

٣ ـ **القوانين** : وبتقدم الحضارة تتعقد القوانين وتمثل تقييدا لحرية الانسان وتهديدا لطمأنينته .

٤ ـ **الحرب** : ان وقوع الحروب والانقلابات المستمرة خاصة فى الدول النامية تؤدى الى عدم الشعور بالاستقرار ويثيران الاحساس بالأسى والضياع .

٥ ـ **العلاقة بالزمن** : ان العصر الحاضر وهو عصر السرعة يجعل الفرد انسانا آليا ولا يسمح له بفرص التأمل والاسترخاء والاستجمام مما يهيئه للإصابة بالمرض النفسى .

(ب) العوامل الشخصية :

١ ـ **التعلق بالوالدين** : يجعل الاستقلال عنهما صعبا فى الكبر وبذلك تصعب الحياة وتبدو قاسية لا امان لها لاسيما بعد فقد أحد الوالدين أو كليهما .

٢ ـ **القسوة والتدليل** : إن المبالغة فى القسوة يجعل الحياة تبدو مؤلمة ، كما أن زيادة التدليل يفقد الانسان القدرة على مواجهة صعوبات الحياة بطريقة سليمة وكلا الأمرين يهددان الصحة النفسية والتكيف مع المجتمع .

٣ ـ **عدم التوافق الاسرى** : إن كثرة الشجار بين افراد الاسرة وتفككها بالانفصال أو الطلاق يعنى أن الطفل سينشأ مفتقرا الى المعنى الصحى السليم للاسرة والى الرعاية الواجبة من الوالدين .

٤ ـ **الافتقار الى الثقافة الجنسية** : إن ذلك يعرض الاطفال الى استقاء معلوماتهم من مصادر جاهلة كالكتب الرخيصة أو اصدقاء السوء أو الاعلام الفاسد وبالتالى يورثهم الفهم السقيم والخيال المشوه .

٥ ـ **الحالة المدنية** : تكثر الامراض النفسية بين غير المتزوجين . فالزواج مصدرا للامان النفسى فهو يرضى الحاجات الاجتماعية كما يفى بالاستكفاء الجنسى ، كما أن عدم الزواج او الطلاق قد يعتبران مظهرا للمرض النفسى فى صورة مخففة او خفية .

٦ ـ **التعليم والدراسة** : إن تناسب مستوى التعليم مع القدرات يمنح الراحة النفسية فزيادة المستوى التعليمى عن المستوى العقلى يشعر الانسان بالنقص ، وانخفاض المستوى التعليمى عن الامكانيات العقلية قد يبعث على الاستهتار او الشعور بالظلم ان كان السبب هو عدم اتاحة الفرصة .

٧ ـ **العمل** : ان العمل مخرج لطاقة الانسان ، كما انه يشعر بقيمته ، وهو ضرورى ـ كوسيلة للرزق ، فاذا لم تتح الفرصة للقيام به او كان الاجر منه لا يفى بحاجات العامل اصبح الفرد مهيئا لحدوث المرض النفسى .

ثانيا : الاسباب المرسية :

(أ) الاسباب العضوية :

١ ـ **الحمى بأنواعها والامراض المعدية :**

٢ ـ **الاصابات :** سواء كانت اصابات الرأس او الجسم وهى فى الاطفال اهم من الكبار كسبب لاضطراب السلوك .

٣ ـ **التسمم :** ويكون اما تسمما خارجيا كالكحول والمخدرات او داخليا كالتسمم البولي (يوريما) او الكبدى (كوليميا) او الغيبوبة السكرية .

٤ ـ **التشوه :** بالحريق او الامراض الجلدية او غيرها ، يحدث عيوبا جسمية تبعث على الشعور بالنقص والغرابة والعزلة ، ومن ثم تساعد على ظهور المرض النفسى .

٥ ـ **أمراض المخ والاعصاب :** وهي التي تؤثر على الخلايا العصبية والمخية وتفسد وظيفة التركيب العصبى وبالتالى يضطرب عمل الجهاز النفسى ، وامثلتها الالتهابات السحائية والمخية واورام المخ الخبيثة والحميدة ، والشلل الجنونى العام .

٦ ـ **نقص الفيتامينات :** لاسيما مركبات فيتامين ب المركب تؤدي الى الامراض كمرض البلوجرا المتوطن فى بلادنا وكذا النقص الحاد لفيتامين (ب) الذى يؤدى الى امراض عصبية وعقلية حادة . . . وهكذا .

٧ ـ **اضطراب الغدد الصماء :** إن زيادة افراز الغدد الصماء (كالتسمم الدرقى او نقصها قد تنشأ عنه اضطرابات نفسية .

٨ ـ **التعرض لدرجات الحرارة العالية :** ان طول مدة العمل امام الافران الكبيرة وكذا ضربة الشمس فى الحر الشديد قد ترسب المرض النفسى .

(ب) العوامل النفسية :

الاسباب النفسية للمرض النفسى أصعب اكتشافا من الاسباب العضوية وهى تتلخص فيما يلى :

١ ـ **الصراع** : وينشأ اذا تعارضت رغبات الانسان وكان عليه أن يختار بينهما ولم يستطع ان يرجح احداهما على الاخرى . ويكون الصراع شعوريا، اى بعلم الانسان وادراكه أو لاشعوريا اى دون علم الانسان وخارج دائرة الوعى وهذا النوع صعب الاكتشاف .

٢ ـ **الاحباط** : وفيه يصاب الانسان بخيبة الامل فيما يريد تحقيقه فلا يستطيع الوصول الى هدفه لظروف قاهرة اكبر من ارادته .

٣ ـ **الحرمان** : وهو انعدام الفرصة اصلا لتحقيق دافع ما ، رغم حدة هذا الدافع وقوة إلحاحه .

ثالثا : وجهة النظر الثالثة : [١]

ترى أن البحث فى أسباب الامراض النفسية قد أدى الى انقسام العلماء الى معسكرين رئيسيين :

معسكر يؤيد الوراثة ويزعم أن الاستعدادات المرضية تنتقل من الاباء والاجداد عبر الجينات Genes الى الذرية والى الفرد ، وحجتهم فى ذلك مالاحظوه من تشابه فى هذه الأمراض بين الآباء والأبناء ثم الأقارب عامة .

أما دعاة البيئة : فيذهبون إلى القول بأن الامراض النفسية والعقلية ترجع الى عوامل بيئية من بينها ما يلقاه الفرد منذ نعومه اظافره من فشل واحباط وحرمان لاشباع حاجاته المادية والنفسية والاجتماعية وما يتعرض له من مواقف الصراع الدامى والمنافسة الشديدة ، والقسوة والعنف والعقاب ، ويركز هذا الاتجاه

(١) عبد الرحمن العيسوى ، الاسلام والعلاج النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣ .

على خبرات ـ الطفولة المبكرة ، لأن جذور الشخصية الاولى توضع خلال هذه الفترة .

ويرى اصحاب هذا الاتجاه ايضا : أن لأسلوب معاملة الاسرة دورا كبيرا في مدى تمتعه بالصحة النفسية والعقلية والتكيف النفسي . . Psychology adjustment او اصابته بالامراض والعقد .

وتؤكد العديد من البحوث الميدانية الكثيرة ان الطفل اذا تعرض للنبذ والطرد وعدم القبول من قبل الآباء واذا تلقى مزيدا من القسوة والعنف والصد والزجر في المعاملة ، واذا تعرض إلى الاهمال والحرمان من العطف والحب والدفء والحنان ، شب مريضا نفسيا او عقليا .

الاتجاه المتعدد العوامل في تفسير الامراض النفسية :

من الملاحظ ان كلا الاتجاهين اللذان يركزان على الوراثة والبيئة يجنحان الى المغالاة لان المرض النفسي ينشأ نتيجة تضافر مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والوراثية او الكيميائية او الخبرات الشخصية ويلزم فترة من الامتداد الزمني في عمر الانسان بحيث يتعرض للضغوط Stress وتظل قواه الطبيعية تقاوم هذه الضغوط على امتداد زمني بعيد فإما ان تنجح قوات المقاومة عنده في صد هذا الهجوم واما ان تنهار ويحدث المرض النفسي .

تعقيب ووجهة نظر:

يرى المؤلف أن الأسباب التي تؤدي للاصابة بالمرض النفسي تشمل الجوانب الوراثية والجوانب الشخصية (المتعلقة بشخص المريض) والجوانب

البيئية وغيرها من هذه العوامل كما ان الدولة قد تلعب دورا هاما فى الاصابة بالمرض النفسى فى حالة تسببها فى حدوث الازمات أو الحروب او عدم توفيرها فرص العمل المشروعة للشباب او أسلوب القيادة فيها اذا كان يتسم بالديكتاتورية والتحكم والسيطرة ، وكل هذه العوامل تتضافر وتحدث المرض النفسى .

واذا كان التحكم فى العوامل الوراثية يمثل صعوبة كبيرة ، فان العوامل البيئية هى التى يمكن تعديلها وتغييرها الى الافضل ، ففى كثير من الاحيان يمكن ان تتوافر العوامل الوراثية لدى الشخص من الأب او الأم ولايؤدى ذلك لحدوث المرض لأن الأسرة والبيئة المحيطة كانتا تحاولان أن تنشىء أبناءها تنشئة اجتماعية سليمة حتى تجنبهم الكثير من المشاكل والاحباط والصراع مما يؤدى الى الاصابة بالمرض النفسى .

لذلك فانه على العلماء والباحثين القيام بدور كبير فى توعية الاسرة بالاساليب الصحيحة لتنشئة الأبناء وتربيتهم . ومما هو جديد بالذكر أن الاسلام قد كان له فضل السبق فى لفت الانظار لهذه النقطة خاصة فى السنوات الاولى من حياة الطفل ، ويتضح ذلك من احاديث رسول الله صلى الله عليه وسلم وكذلك من القرآن الكريم .

انواع الامراض النفسية (انواع العصاب) . Neurosis

حتى الان لايوجد اتفاق بين العلماء على تصنيف الامراض النفسية فى انماط مختلفة ، الا ان التصنيفات التى تقدم فانما تقدم بغرض الدراسة وهى بعض الامراض فى ميدان الطب النفسى ، ومن أهم هذه الامراض ما يلى :

١ ـ عصاب القلق .

٢ ـ الهيستريا .

٣ ـ الشعور بالضعف والوهن والاجهاد بشكل مرضى (النيوراستينيا) .

٤ ـ الاعمال القسرية والوساوس .

٥ ـ الاكتئاب .

٦ ـ العصاب الموقفى والتفاعلى .

وفيما يلى عرضا لكل منها مع توضيح لاسبابها واعراضها وطرق علاجها :

أولا : عصاب القلق . . . . Anxiety neurosis

يعرف القلق بانه " شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب ببعض الاحساسات الجسمية ويأتى فى شكل نوبات تتكرر فى نفس الفرد "[1].

وقد قسم علماء الطب النفسى القلق الى نوعين :

(أ) القلق العادى او السوى .

(ب) القلق المرضى .

أولا : القلق العادى او السوى : Normal anxiety

" وهذا النوع من القلق لا ينجو منه اى انسان فى مواقف الحياة المختلفة ويتعرض له الناس بدرجات مختلفة ومن أمثلة ذلك الطالب الذى يوشك أن يدخل الامتحان او يسعى للاطلاع على نتيجته ، والرياضى الذى يتهيأ للمنافسة فى حلبات الالعاب الرياضية ، والموظف الذى يواجه تهديدا لاستقراره وأمنه فى كسب رزقه ، والانسان الذى يفقد واحدا من إقاربه أو أحبائه ، وهذا كلها مواقف

---

(١) احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٨ ، ص ٣٧ .

متجددة فى حياة الناس حيث يكدون ويكافحون فى هذه الدنيا التى لا تخلو من الصراع " [١] . ويعتبر القلق هنا عامل مشجع للفرد على التحرك لمواجهة الخطر الذى قد يهدد مستقبله .

وتعد هذه المواقف من القلق أموراً طبيعية ولا تدل على وجود أى نمط من أنماط المرض النفسى لانها تزول بزوال المؤثر ، ويعود الانسان بعدها إلى حالته الطبيعية التى كان عليها من قبل بل ربما يشعر انه افضل حالا عن ذى قبل.

ثانيا : القلق المرضى او غير العادى :

وهو ذلك النوع من القلق الذى يصيب الناس دون سبب وجيه أو داع واضح، وقد ينتهى فى آخر المطاف الى عجز بالغ يعوق ضحاياه عن النهوض بأعباء الحياة ومسئولياتها الطبيعية " [٢] ولا يزول هذا النوع بزوال المؤثر بل يظل الفرد يعانى منه ولا يعرف السبب الذى أدى به للشعور بهذا القلق .

وقد قسم العلماء إعراض القلق المرضى إلى عدة أنواع نلخصها فيما يلى: [٣]

أ ـ الاعراض النفسية :

١ ـ الشعور بالتوتر العام وسرعة الانفعال .

٢ ـ المخاوف العامة غير المحددة .

---

(١) دافيد . ف . شيهان ، ترجمة عزت شعلان ، مرض القلق ، عالم المعرفة ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب ، الكويت ، ابريل ، ١٩٨٨ ، ص ٥ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٦ .

(٣) انظر كلا من :

- مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مرجع سبق ذكره .
- عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٣٦ ـ ١٣٧ .
- عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٦٥ .

٣ ـ توقع الأذى والمصائب .

٤ ـ ضعف القدرة على التركيز .

٥ ـ عدم الثقة والطمأنينة .

٦ـ ضعف القدرة على العمل والانتاج .

٧ ـ زيادة الحساسة فيصبح شعور المريض مرهفا .

٨ ـ الأرق واضطراب النوم الذى يتخلله الاحلام المزعجةوالكوابيس.

(ب) الأعراض الجسمية :

من المعروف أن الاستجابة للخوف توجب تفاعلات معروفة فى الجسم ، وتظهر الاعراض الجسمية فى أى جهاز من أجهزة الجسم وتكون نتيجة لاضطراب الجهاز العصابى الذاتى Autonomic nervous system ويمكن إيجاز هذه الاعراض فيما يلى :

١ ـ إتساع حدقة العين وارهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت أو الضوء.

٢ ـ زيادة سرعة ضربات القلب .

٣ ـ الاحساس بالاختناق والضغط على الرأس .

٤ ـ ارتفاع ضغط الدم واصفرار الوجه وجفاف الفم والحلق .

٥ ـ اضطراب النوم والصداع وفقدان الشهية .

٦ ـ زيادة إفراز العرق وخاصة من اليدين والقدمين والرعشة مع تصلب العضلات وتكرار التبول .

٧ ـ الإمساك او الإسهال احيانا .

أسباب القلق :

إختلفت وجهات النظر فى تفسير أسباب القلق ، فبينما نجد فرويد يفسر مسببات القلق هو وأتباعه بأنها وثيقة الصلة بأساليب ممارسة المريض للمسائل الجنسية وسلوكه ازاءها وكل ما يتصل بالنواحى الجنسية نجد اخرون يفندون آراء فرويد قائلين بأن القلق النفسى لا تقتصر أسبابه على ما يعترى الانفعال الجنسى من الحرمان وعدم الاشباع بل إن أى اضطراب يؤثر فى أى ناحة انفعالية اخرى يمكن أن يسبب القلق كصعوبات الحياة المادية والمشاكل الاسرية والصدمات وحالات اليأس التى تعقب الفشل . (١)

وذهب آخرون الى أن القلق يحدث اكثر عقب المنغصات طويلة المدى التى تنشأ بن الازواج أو الشركاء فى العمل . (٢)

وقسم فريق ثالث أسباب القلق إلى ما يلى : (٣)

١ ـ الوراثة : فكثيرا ما يصاب أبناء الذين يعانون من القلق به .

٢ ـ إضطراب الجو الاسرى وتفكك الاسرة والتهديد بالانفصال ينشىء الأطفال مهيئيين للإصابة بالقلق .

٣ ـ الصراع النفسى : ويعنى الصراع تنازع رغبتين او دافعين واصطدامهما فيحس المريض بالحيرة التى تولد التوتر وعدم الاستقرار (القلق)

٤ ـ أسباب مرسبة : مثل توقع خيبة الأمل أو صعوبات العمل أو فقدان عزيز أو اضطراب العلاقة بالجنس الآخر أو أى صدمة نفسية إخرى .

٥ ـ اسباب عضوية كالإصابة بالحمى او غيرها .

---

(١) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٩٨ ـ ٢٩٩.

(٢) عبد الرؤف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص٤٣.

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٣٥ .

ويرى فريق رابع أن من اهم الاسباب التى تؤدى للقلق ما يلى : [١]

(أ) شعور الانسان بالوحدة والضياع والفراغ الروحى وعدم الانتماء الى الله.

(ب) اليأس والاحباط والحسد والغضب وهى مشاعر هدامة تتصل بالقلق .

(جـ) تحميل النفس مالاتطيق من الأعمال والمسئوليات مما يؤدى الى عدم قدرتها على اداء هذه الاعمال فتصاب بالقلق .

وعموماً فإن كل الاسباب التى ذكرت للقلق تتفاعل مع بعضها وتسبب الاصابة بالقلق لان كل فريق من العلماء يركز على ما يتعلق بزاوية تخصصه الا ان النظرة الشمولية تحتم النظر إلى الأمور من منظور متكامل حتى نتبين الحقيقة وبالتالى يمكن تقديم العلاج المناسب .

علاج القلق :

إن أهم ما يتخذ تمهيدا للعلاج هو أخذ تاريخ مطول عن حياة المريض ويسأل عن وقت ظهور الأعراض وما صادف المريض من حوادث فى ذلك الوقت ، ويبحث عن مظاهر القلق أيام الطفولة وعلاقة المريض بوالديه وإخوته وزملائه وكذلك يتم التعرف على علاقته بزوجته وأبناؤه ، ونوع العمل الذى يقوم به ومدى تكيفه فيه ، ومن هنا يمكن اكتشاف اصل العلة بتقويم وتصنيف شخصية المريض . [٢]

ويمكن ان يتم العلاج من القلق من خلال ثلاثة محاور : [٣]

---

(١) زهير احمد السباعى ، القلق مرض العصر : كيف نعالجه بالقرآن ؟ مجلة النفس المطمئنة ، الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية ، السنة السادسة ، العدد ٢٢ ، ابريل ١٩٩٠ ، ص ص ٤ ـ ٥.

(٢) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٥..

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٤٠ .

المحور الاول : العلاج النفسى :

ويهدف الى تطوير شخصية المريض حتى يصبح اكثر تكيفا ، وهو أهم أنواع العلاج فى هذا المرض ويشمل الايحاء والحث والتوضيح ، وقد نلجأ الى العلاج السلوكى بتغيير عادات المريض .

المحور الثاني : العلاج الاجتماعى :

ويتركز فى تكييف حالة المنزل والعمل حتى نخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التي تزيد من حالته

المحور الثالث : العلاج العضوى :

وذلك بالعقاقير المهدئة وكذلك علاج الاعراض المصاحبة كفقدان الشهية وغيرها وعلينا أن نراعى ألا يكون هذا العلاج أساسياً أو وحيداً وإلا تعرض المريض لإدمان تلك العقاقير ، ونستعمل هذه الحالة المهدئات الخفيفة عادة .

وتنادى بعض وجهات النظر بضرورة العودة الى العلاج الطبى الاسلامى للأمراض النفسية ، وقد استنبط البعض علاجا للقلق من القرآن الكريم والسنة الشريفة ، من خلال تلاوة القرآن عن وعى وادراك وبالصلاة التى تستغرق العقل والوجدان وبذكر الله الذى يتجه فيه الانسان بقلبه وجوارحه الى مولاه ، وعن طريق ذلك يتوافر للانسان كل مقومات العلاج الروحى وتنتفي الوحدة التى يشعر بها الفرد ويكون متصلا بالله اتصالا مباشرا يفضى إليه بذات نفسه ويسأله ان يتولاه برحمته، وينتفى الضياع والفراغ الروحى ويتحقق الانتماء للقوى الاعلى .

ومن أساليب العلاج الاسلامى للقلق ما يلى : [١]

١ ـ الصلاة :

وهى تستغرق العقل والشعور والوجدان ، وهى علاج روحى يوفر للمؤمن سكينة النفس وطمأنينتها وقد كان النبى صلى الله عليه وسلم اذا حز به أمر صلى وكان يقول لمؤذنه بلال (ارحنا بها يا بلال) وكان صلى الله عليه وسلم يقول (جعلت قرة عينى فى الصلاة) والصلاة التى يؤديها الانسان فى خشوع تعطيه الطاقة الروحية والصلة بالله والاحساس بالطمأنينة وتذهب عنه القلق والمخاوف ويبشره الله عز وجل بالفلاح فيزداد بشرا وسعادة ، وفى ذلك يقول عز وجل : " قد أفلح المؤمنون الذين هم فى صلاتهم خاشعون ، والذين هم عن اللغو معرضون ، والذين هم للزكاة فاعلون " [٢]

٢ ـ ذكر الله :

ذكر الله اثناء الصلاه وما بن الصلوات وفى كل وقت يبعث فى النفس احساسا بالاتصال بالله والانتماء اليه والتوكل عليه يقى الانسان من الوحدة والضاع والعزلة .

ويقول الحق سبحانه : والذيين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ، ألا بذكر الله تطمئن القلوب " [٣] ويقول صلى الله عليه وسلم فى الحديث الذى يرويه أبو هريرة وأبو سعيد رضى الله عنهما " لا يقعد قوم يذكرون الله عز وجل إلا حفتهم الملائكة وغشيتهم الرحمة ونزلت عليهم السكنية وذكرهم الله فيمن عنده " (٢٨) رواه مسلم .

---

(١) زهير احمد السباعى ، القلق مرض العصر : كيف نعالجه بالقرآن ؟ مرجع سبق ذكره ، ص ٤.

(٢) سورة المؤمنون ، الايات من ١ ـ ٤ .

(٣) سورة الرعد ، الاية ٢٨ .

٣ ـ تلاوة القرآن :

تلاوة القرآن تبعث فى النفس السكينة والأمن والهدوء وتـؤدى الـى الشـفاء باذن الله ، فهذا عمر بن الخطـاب رضـى اللـه عنـه أسلم بعد أن سمع آيات من القرآن الكريم من سورة طه تتلى عليه ويتحقـق ذلـك عنـد توافـر الوجـل والخـوف والخشوع لله .

وقد وصف الحق سبحانه وتعالى كتابه الكريم قائلا " قـل هـو للذيـن آمنـوا هدى وشفاء " [1] .

ويقول ايضا : " يا أيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم وشفاء لمـا فـى الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين [2] .

ويقول تعالى : " وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين " [3] .

كما يعالج القرن الكريم هموم الناس التى تتصل بالقلق مثل مشاعر اليأس والاحبـاط والحسد والغضـب ويعلمنـا ألا نستسلم لعقـدة الاحسـاس بـالذنب ، فهـو إحساس اذا تجاوز حده يثقل كاهل الانسـان بـالقلق والهـم (وإنـى لغفـار لمـن تـاب وآمن وعمل صالحا ثم اهتدى) [4] . . كمـا يعلمنـا القـرآن أن نكـون ايجـابيين فـى حياتنا وألا نتسم بالسلبية ، ويعلمنـا القـرآن ألا نتحاسد فالحسـد يـورث اضطـراب النفس ويذهب عنها طمأنينتها " قل أعوذ برب الفلق ، من شر ما خلق ، ومـن شـر غاسق اذا وقب ، ومن شر النفاثات فى العقد ، ومن شر حاسد اذا حسد " [5].

---

(١) واخرجه الترمذى .

(٢) سورة فصلت ، الاية ٤٤ .

(٣) سورة يونس ، الاية ٥٧ .

(٤) سورة الاسراء ، الاية ٨٢ .

(٥) سورة طه ، الاية ٨٢ .

كل ذلك قليل من كثير يذخر به كتاب الله عز وجل ليس لعلاج القلق او غيره من الامراض النفسية فحسب ، بل للوقاية أولا من هذه الامراض [١]. ولذلك يؤيد الباحث فكرة وجود داعية على درجة عالية من الثقافة الاسلامية وعلوم القرآن والسنة ليعمل ضمن فريق العلاج بالعيادات النفسية .

ثانيا : الهستيريا :

" تعد الهستيريا مظهرا من مظاهر التكيف الناقص أو الفشل في مواجهة الحياة الواقعية والتعبير عن الحيرة والارتباك إزاء المواقف التي يجتمل الشخص مواجهتها ، فبدلا من أن يتقدم ليحاول التغلب على صعوبتها فانه يلجأ للسلوك الهستيرى كحيلة دفاعية لاشعورية تجعله ينسحب ويتراجع ويحجم عن تحمل المسئولية ويفقد القدرة على توجيه سلوكه ، ويضع نفسه في موقف يتطلب استدرار العطف عليه ومعاونة الغير لحل مشكلته [٢] وتظهر اعراض الهستيريا دون وعى من المريض ودون ان يدرى كيف حدث ذلك ، ولماذا ؟ [٣]

" والهستيريا مرض نفسى تتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى بهدف تحقيق نفع للمريض أو هروبا من الصراع النفسى أو من القلق الشديد غير المحتمل أو من موقف مؤلم دون ان يدرك المريض دواقع ذلك " [٤] .

---

(١) سورة الفلق .

(٢) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٩٢ .

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مرجع سبق ذكره .

(٤) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص٤٧.

أعراضها :

تختلف وجهات النظر فى تقسيمها لأعراض الهستيريا ، وفيما يلى توضيحا لأهمها :

وجهة النظر الاولى : [١]

وقسمتها الى : (أ) الاعراض العضوية .

(ب) الاعراض النفسية .

فبالنسبة للأعراض العضوية فتشمل :

١ ـ فقدان الإحساس بالجزء المصاب كاليد أو الوجه أو اللسان أو العين أو عضو أو أكثر من هذه الاعضاء .

٢ ـ عدم قدرة العضو المصاب على آداء وظيفته .

أما الأعراض النفسية فتتمثل فى :

١ ـ هدوء نفسى من جانب المريض حيث لا يكون مضطرباً ولا يظهر عليه ما ينم على خطورة الحالة المصاب بها لأن العرض الهستيرى يزيل القلق الناتج عن الصراع بطريقة جزئية (ولو أنها مرضية) .

٢ ـ قد يهيم المريض على وجهه مسافراً إلى بلد آخر غير بلده ، وفى هذه الحالة يفقد المريض شخصيته الاصلية ويكتسب اخرى مشابهة أو مغايرة لها تماماً، ثم يعود الى حالته الاولى ويرجع مرة أخرى لأهله .

٣ ـ قد يصاحب الهستيريا تشنجات تشابه الى حد كبير نوبات مرض الصرع إلا أن الصرع مرض عضوى عصبى وهذه التشنجات أعراض نفسية ، وفيها نجد المريض يقع على الارض فى سهولة ولا يرد على من حوله

---

(١) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٤٣ـ١٤٤.

ولكنه فى الواقع يظل واعياً لكل ما يحدث حوله ، وغالباً ما تكون هذه النوبات حينما يكون مع الناس .

وجهة النظر الثانية :

وتقسم اعراض الهستيريا الى :

أ ـ مظاهر حركية :

كالرعشة والتشنجات والتقلصات والمشى بطريقة شاذة ، واللوازم الحركية، وتسمى هذه جميعاً مظاهر حركية ايجابية . وهناك مظاهر حركية سلبية: كالشلل والبكم وفيها تقل الحركة أو تنعدم .

ب ـ مظاهر حسية :

مثل زيادة الاحساس او قلته او فقده ، وذلك كالعمى والصمم او ضعف البصر او زيادة حدتهما ، وغيرها .

جـ ـ مظاهر حشوية :

مثل فقد الشهية والشره والافراط فى الشرب والقئ ونوبات الفواق (الزغطة) وغيرها .

د ـ مظاهر أخرى :

مثل التهاب الجلد الزائف (وهو مرض يتصف بأن المريض يحدث فى جلده خدوشا دون وعى منه ويحدث ذلك عادة اثناء النوم) .

وكل هذه المظاهر يمكن أن نميزها عن شبيهاتها من الاضطرابات العضوية .

(هـ) **مظاهر عقلية وتشمل :**

١ ـ **فقدان الذاكرة . .** Amnesia : وتحدث عادة فى فجوات ، فينسى المريض الحوادث المؤلمة او التى لو ظهرت لشوهت صورة ذاته أمام نفسه أو امام الآخرين .

٢ ـ **التجـوال . . . .** Fugue : وهنا يترك المريض بيته أو عمله ويخرج على غير هُدى فى تجوال أو رحلة ثم يعود ولا يذكر عن هذه الرحلة شيئا وهذا العرض يحدث فى كثير من الامراض الاخرى مثل الاكتئاب والفصام المبكر .

٣ ـ **المشى اثناء النوم** Somnambulism : وهنا يسير المريض اثناء نومه وغالبا ما تحدث هذه الحالة فى سن الطفولة ، وتختلف هذه الحالة عن التجوال فى انها تحدث اثناء النوم ولفترة قصيرة ، ويكون المريض على علاقة ضعيفة بما حوله .

وجهة النظر الثالثة :

وتقسم الهستيريا إلى ما يلى : (١)

(أ) **النوبات الهستيرية :** وتحدث هذه النوبات فى صورة انفجار شديد ، ويكون المريض فى اثنائه غير قادر على ضبط نفسه او التحكم فى انفعالاته وتوجيهها ، كنوبات الحزن العميق او نوبات الضحك او البكاء او الصياح بدون سبب ظاهر ، وتكثر هذه النوبات فى حالة الاخبار المفاجئة غير المتوقعة خصوصا اذا كانت مسبوقة بحالات من الضيق والكبت والحرمان .

---

(١) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٩٢ ـ ٢٩٥ .

(ب) **الهستيريا القلقية او الحصرية** : وهى الحالات الهستيرية التى لا تظهر فيها النزعات المكبوتة فى صورة تفريغ انفعالى كما فى النوبات السابقة ، والتى لا تعبر عن نفسها بطريق التحويل إلى اعراض جسمية كما سيأتى بعد ، ولكن الاعراض تستبدل وتتمثل فيما يساور المريض من مخاوف مقلقة وانزعاج فكرى ، فتبقى العوامل اللاشعورية فعالة فى نفسه وتسبب له الوساوس والمخاوف الوهمية المقلقة والاحلام المزعجة كالخوف من الظلام أو الأماكن المقفلة أو الخوف من بعض الامراض والادوية ، وقد تتسلط على المريض فكرة وهمية تنغص حياته بما يؤدى الى الهستيريا التسلطية .

(جـ) **الهستيريا التحولية** . . . Gonversion Hysteria
وتتحول فيها الاضطرابات الانفعالية الى مسالك جسمية ، ويتسم المصابين بها بالهدوء لتحول الطاقة الانفعالية عندهم الى الناحية العضوية التى ظهر بها المرض ، ومن امثلة ذلك حالات اضطراب الحواس كالسمع والبصر ، ولا تتخذ هذه الاضطرابات صورة دائمة كالمرض الجسمى ، اذ انها تؤدى وظائف مؤقتة للمريض.

ومن الملاحظ ان كل وجهات النظر التى سبق عرضها لا يوجد اختلاف بينها ، بل هى فى جوهرها واحدة .

ويتسم مرضى الهستيريا ببعض الصفات التالية : (١)

١ - يتسم الاشخاص المصابون بالهستيريا بشدة قابليتهم للايحاء والاستهواء وتقبل آراء الغير بدون نقد أو تمحيص وسهولة الانقياد .

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٩٦ .

٢ ـ شدة الحساسية الانفعالية وسهولة استثارتهم ، وعدم الإتزان الانفعالى .

٣ ـ الميل للتهويل والتمثيل والمبالغة ، ويبدو ذلك بوضوح أثناء النوبات الهستيرية لانها تساعد على الغرض الاساسى من الهستيريا وهو الحصول على عطف الاخرين وطلب معونتهم .

٤ ـ عدم الاعتماد على النفس لعدم نضج وتكامل الشخصية .

أسباب الاصابة بالهستيريا :

تتعدد الاسباب التى تؤدى الى الاصابة بالهستيريا وفيما يلى اهمها:(1)

١ـ الوراثة : لوحظ ان ٦٪ من اخوة المرضى ، وكذا ١٥٪ من ابنائهم مصابون بنفس المرض ، وقد يعزى هذا الى الوراثة كما قد يعزى الى الإيحاء البيئى والميل للتقليد .

٢ ـ عادة ما يكون المريض ذو تكوين عضلى نحيف ، ويمكن أن يحدث بين أى تكوين جسمى اخر .

٣ ـ تغلب الاصابة بالمرض بين الاشخاص ضعيفى الذكاء قليلى الحيلة .

٤ ـ شخصية المريض قبل المرض : تتصف عادة بميله الى حب الظهور ، واستدرار العطف وحب الذات وحب التملك ، كما يتصف المريض عادة بالمبالغة والتهويل .

٥ ـ أسباب مرسبة : كاثارة الصراع بين الرغبات الغريزية وارادة الضمير بموقف مثير لهذه الغرائز او بين دافع اعتبار الذات (المحافظة على الكرامة) ، والرغبة فى الاستكانة ، وقد يكون السبب المرسب هو الحرمان من نيل مطلب عزيز، او قد يكون سببا عضويا كالاصابة فى حادث .

---

(١) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٤١ـ١٤٢.

علاج الهستيريا :

لاشك ان علاج الهستيريا يختلف من ممارس الى ممارس آخر ، ويتوقف نجاح العلاج على قدرة المعالجين على فهم الدوافع والاسباب التى أدت الى الاصابة بها ، ويمكن ان تعالج الهستيريا بأنواعها بما يلى : [١]

١ ـ **العلاج النفسى :** وهو أهم انواع العلاج وينبغى ان ندرك أن الايحاء قد يزيل العرض ولكنه لا يغير طريقة التفاعل لصعوبات الحياة ، ولذلك يلزم ان يكون العلاج اعمق وأبعد هدفا ، اى يجب ان يهدف الى تطوير شخصية المريض حتى يستطيع أن يقابل صعوبات الحياة دون الهرب منها بالتعلل بالمرض ، ويكون بوسائل مختلفة من اهمها العلاج السلوكى.

٢ ـ **العلاج الاجتماعى :** ويتجه الى تعديل جو البيئة بما فيه من اخطاء او ما يفرضه من ضغوط على المريض وبذلك يتمكن المريض من التغلب على العقبات بطريقة اقرب الى الواقع .

ويقترح المؤلف بعض اساليب العلاج التى يعتقد انها تفيد فى علاج الهستيريا . ومن اهم هذه الاساليب ما يلى :

١ ـ اسلوب الاستبصار Insight self - Awareness

وهو أحد وسائل العلاج النفسى ويقصد بالاستبصار مساعدة المريض على فهم ذاته والتعرف على الأسباب الذاتية فى الاصابة بالهستيريا والتى كانت خافية عنه من قبل ، كما أنه حالة من الفهم او الاشراق التلقائى يدرك المريض عندها حقيقة ذاته وما بها من اضطراب وما وراء هذا الاضطراب من اسباب ، او بمعنى

---

(١) المرجع السابق ، ص ١٥٠ .

اخر يصل الى حالة من الوعى يدرك فيها حقيقة نفسه والاسباب التى ادت بـه الـى هذه الحالة .

ولكى يتم الاستبصار يجب على المعالج أن يقوم بالخطوات التالية :

(أ) **الاستدعاء :** وهوالعملية التى يتم بها مساعدة المريض النفسى على تذكـر واسترجاع الخبرات السابقة الكامنـه فـى منطقتـى الشـعور وشبه الشـعور لكى تشاهد الذات مـا يحتويـه الذهـن مـن خـبرات ومشـاعر وهـذه العمليـة تعتمد على التداعى الحر والتأمل الذاتى والتذكر دون مقاطعة لتيار تفكـيره او توالى خواطره حتى تستدعى واضحة دون تحريف .

أما التوغل فى منطقة اللاشعور او ما يعـرف بعملية الاستبطان فتمـارس من خلال استخدام طريقة " التداعى الحر او الطليق " ويقوم بها الطبيب النفســى او الاخصـائى النفسى ، وهى ليست من اختصاص الاخصـائى الاجتمـاعى لانـه غـير مدرب عليها . (١)

والاستدعاء هو خطوة اولى يجب الا يقوم الاخصـائى الاجتمـاعى بهـا الا بعد أن تتوطد العلاقة بينه وبين المريض النفسى لأن المريض قد يقاومها خاصة ما يتعلق بالمعلومات الحساسة بالنسبة له مما يعوق التوصل للخطوات التالية .

(ب) **التفسير :** وهو الخطوة التى تلى الاستدعاء ، ويهدف الى الترجمة العملية لهذه الخبرات وتفسير اثارها على السلوك الحالى ، ولكى يقوم الاخصـائى الاجتمـاعى بهـذه الخطـوة عليـه ان يتخـير الطريقـة المناسـبة لكـى يقنـع المريض به وبالاسلوب المناسب ، والاستدعاء يشمل :

---

(١) محمد شريف صفر ، واخرون ، خدمة الفرد بين النظرية والتطبيـــق ، مذكرات غير منشورة ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة ، ١٩٨٥ ، ص ٧٤ .

١ ــ ربط منطقى لعلاقة الخبرات السابقة بالسلوك الحالى بفرض جهل المريض بها.

٢ ــ تصحيح افكار المريض الخاطئة عن طبيعة هذا السلوك .

(جـ) **تكوين البصيرة :** وهو النتيجة النهائية للعمليتين السابقتين ، فهى تنمو تلقائيا لتعديل اتجاهاته بعد ان إستبصر بانها خاطئة .

٢ ــ **اسلوب التوضيح : . . . .** Clarification

اذا كان الاستبصار يعنى مساعدة المريض على فهم النواحى المتعلقة بذاته، فان التوضيح يعنى مساعدة المريض النفسى على فهم العوامل المتداخلة فى الموقف والخارجة عن ذاته ، والتى تتصل بموقف الغير تجاهه او بمعنى اخر توضيح ما يرتبط بالنواحي البيئية المحيطة به .

وقد يصاحب عملية التوضيح عمليات اخرى مثل التفسير والشرح ، فعلى سبيل المثال قد نفسر للمريض ان سبب سوء معاملة زوجة الاب له إنما قد ترجع الى عصبيتها الزائدة او الى حرمانها منذ الصغر من عطف الامومة وارتباطها بخبرة سيئة من زوجة ابيها أما الشرح فهو تبسيط الامور بطريقة يستطيع المريض فهمها كأن نوضح له باسلوب مبسط فوائد انتظامه من التردد على العيادة النفسية او اقباله على ممارسة الانشطة المختلفة .

ثالثا : النيوراستينيا . . . Neurasthenia

وهو مرض نفسى يطلق عليه علماء النفس اسماء مختلفة اهمها الشعور بالانهاك او الضعف النفسى او الوهن النفسى او الاعياء النفسى او التعب النفسى .

" ان اول من اطلق اصطلاح النيوراستينيا علـى مجموعـة الاعـراض المرضية التى يتضمنها هذا المرض هو (بيرو) وذلك عـام ١٨٨٠ ، وكـان يعتقد ان هذا المرض ينتج من الاجهاد الناتج عن وقوع الشخص فى صراع لفترة طويلة من الزمن يستبدبه ، فتتأثر بذلك اعصابه بسبب التغيرات الكيماوية التى تحدث فـى الكائن الحى وتصيب اول ما تصيب الجهاز العصبى [١] .

وقد اكدت الابحاث بعد ذلك بأن هذا المرض لا يكون لاصابة الخلايـا العصبية ولا ينجم عن مرض يصيب عضـوا من أعضـاء الجسد او ضعفا ينـال عضبا من أعصاب البدن كالتعب العادى الذى نألفه لدى الاصحـاء والدليل علـى ذلك أن المريض المجهد نتيجة لهذا المرض ليشعر بالاجهاد عند مزاولتـه ايسر الاعمال التى تدوم اكثر من دقائق ويتعذر عليه مواصلة العمل ، ولو توفرت لـه راحة جسدية طويلة ما أغنى ذلك شيئا " [٢]

وقد كان هذا المرض يطلق على كثير من أمراض العضـاب ، لدرجة ان كثيرا من الباحثين يعتبرون النيوراستينيا عرضـا من الأمـراض النفسية الاخـرى كالهستيريا او مظهرا لضعف الارادة فى الفصام البسيط أو نتيجة لتغير عضـوى كنقص الفيتامينات او كاحدى مضاعفات الحمى مثل الانفلونزا ، وتظهـر عـادة فـى دور النقاهة ولكن هناك حالات قليلة يمكن أن تتصف بأعراض النيوراستينيا فقط دون دليل علـى وجـود أمـراض اخـرى مصاحبـة وتسـمى هـذه بالنيوراسـتينيا الاولية.[٣]

---

(١) مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣٢ .

(٢) المرجع السابق ، نفس الصفحة .

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٥١ .

شخصية المصاب بالنيوراستينيا

يكون المصاب بالنيوراستينيا محباً للانطواء والعزلة والفرار من مواجهة الأعباء ومسئوليات الحياة ويكتفى بانشغاله بمشاكله النفسية الداخلية الكثيرة ، ويكون هادئا فى مظهره من حيث قلة الحركة والكلام والعمل . [١]

الأعراض المصاحبة للاصابة بالنيوراستينيا :

هناك من قسم أعراضها الى : [٢]

(أ) اعراض اساسية مثل :

١ ـ ضعف عام وتعب وإعياء لأقل مجهود يبذل ، وكثيرا ما يبدأ هذا الشعور بالتعب بمجرد مغادرة المريض الفراش .

٢ ـ الشعور بالضيق والتبرم وعدم الرغبة فى آداء آى عمل من الأعمال التى تسند اليه .

٣ ـ عدم القدرة على مواصلة التفكير فى موضوع معين .

٤ ـ صعوبة التذكر والتركيز .

٥ ـ البلاده الزائدة وتوقع الانهيار فى كل وقت .

٦ ـ الحساسية للضوء وللأصوات لدرجة ان دقات المنبه فى الحجرة تورقه .

الأعراض الثانوية :

١ ـ الأرق : وهو دون شك ناتج عن الصراع الذى يهدد حياة المريض النفسية .

٢ ـ صداع فى الرأس يكون على شكل ضغط أحيانا .

---

(١) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٠٢ .

(٢) مصطفى فهمى ، المرجع السابق ، ص ص ٢٣٣ ـ ٢٣٤ .

٣ ـ توهم المرض لدرجة تجعل المصاب يعرض نفسه علـى كل الاخصـائيين فى الأمراض البدنية .

٤ ـ يسيطر على المريض أحيانا فكرة الموت .

٥ ـ خوف المريض من المرض .

التفسيرات المختلفة لأسباب المرض :

١ ـ كان الاعتقاد السائد بين العلماء لفترة من الفترات أن الضعف العام للجهاز العصبى هو العامل الاساسـى فـى حدوث المـرض ، ولذلـك كـان العـلاج يبنى على هذا الاعتقاد ويطلب من المريـض أن يـلازم الفراش مـن إجـل الراحة وابعاده عن مصادر الضوضاء والجلبة والأصوات كما استخدمت الكهرباء كوسيلة علاجيـة لتدليك الاعصـاب ، وكـان يوصـي بـأن يتنـاول المريض الغذاء المناسب الذى يحتوى على المواد العامة فـى بنـاء الجسـم لتعويض الضعف العام . [١]

٢ ـ ثم اتجه العلماء لتفسير المرض تفسـيرا عضويـا ، عـبروا عنـه بخطـأ فـى التركيب العضوى لبعض الاعضاء وخاصة القلب والاوعيـة الدمويـة ممـا يجعلها لاتقوى على تحمل المجهود والصعاب . [٢]

أما فرويد وأتباعه فكانوا يفسرون الاصابة بالنيوراستينيا على أنها تحـدث نتيجة للافراط فى العملية الجنسية لتصل الـى حـد انهـاك الجهـاز العصبـى ويـؤدى ذلك الى الصراع النفسي القائم على الشعور بالخطيئة وتأنيب الضمير والرغبة فـى التخلص من هذه العادة مع القدرة على مقاومتها [٣] .

---

(١) مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣٤ .

(٢) نفس المرجع السابق .

(٣) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ٣٠٣ .

وهناك من يقول أن الشعور بالتعب والاجهاد بشكل مرضى انما هو سلوك مكتسب ، يتعلمه الصغار من الكبار ، ذلك ان الكبار فى الاسرة يكونون دائمى الشكوى من أقل مجهود يبذلونه وبالتالى فمن المتوقع ان يقلدهم الصغار لان الطفل يرى ان الشكوى تكسبه بعض المزايا فتعفيه من العمل وبذل المجهود . (١)

وهناك تفسير اخر يعتبر الشعور بالاعياء والتعب دون بذل الجهد انما يرجع الى ما يعانيه الفرد من قلق نفسى بسبب مواقف الاحباط المتكررة التى يتعرض لها . (٢)

علاج النيوراستينيا :

تتفق وجهات النظر فى ان علاج المرض يتركز فى النواحى التالية :

ينبغى ان يقوم العلاج على بحث المشكلات النفسية والاجتماعية للمريض ومحاولة تسويتها لتنسجم مع الحياة الشعورية ، وعلى محاولة اتمام الاعمال الناقصة المعلقة فى ذهن المريض ، بحيث يقل الصراع النفسى الذى يشغله ، والعمل على كشف الاستعدادات والميول الخاصة للمريض لاشغال نفسه فيما يشبع هذه الميول ، والعمل على تغيير البيئة بما يتيح له فرصا جديدة لتوجيه نشاطه وطاقته فيما يتلاءم مع طبيعته ، وينظم حياته والعناية بالتربية البدنية وهنا يمكن للأخصائى الاجتماعى النفسى أن يقوم بالعدد من أدواره لتحقيق ذلك .

رابعا : الوسواس القهرى (الوساوس المتسلطة) . . . . Obsessions

" الوساوس هى افكار تتسلط على المريض ولا يستطيع ابعادها عنه بالرغم من علمه بأنها سخيفة وبلا معنى (٣) وتسيطر الوساوس على الشخص

---

(١) مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٣٤ ـ ٢٣٥ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٢٣٥ .

(٣) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص٥٠.

وترغمه على القيام بأعمـال نمطيـة يتكـرر حدوثهـا منـه بـدون ارادتـه وقهـرا عنـه بحيث يصبح سلوكه شاذا ومثارا للعجب والسخرية احيانا ، وتـأخذ هـذه الوسـاوس صورا مختلفة منها : [١]

١ ـ **حالات التسلط الفكرى** : كأن تسيطر على المريـض فكـرة القتل او فكـرة الانتحار ، او التشكك فى الدين أو التفكير فى الغنـى والفقر بشـكل يشـغل البال دائما ، أو التفكير تصور الظلم والاضطهاد .

٢ ـ **الوساوس الحركية** :

كأن يأتى المريض حركات نمطية متكررة بدون سبب ظاهر ، مثـل كـثرة غسل الأيدى وتكرار ذلك عدة مرات بدرجة شاذة ، وحركات هـز الكتـف والرقبة ، او تذف كل قطعة مـن الطـوب يصادفهـا الشـخص فـى الشـارع وغير ذلك .

٣ ـ **الوساوس الانفعالية** :

والتى تبدو فى حالات المخاوف المتسلطة ، والحالات المتكررة كالشـعور بالخجل من النفس ، والشعور بـالذنب ، وكـثرة تـأنيب الضمـير والشـعور بالنقص بدون سبب ظاهر ، وحالات الغيرة الشديدة .

ومما سبق يمكن استخلاص الصفات التى تميز الوساوس القهرية :

١ ـ انها تحدث قهرا عن الشخص ودون رغبته .

٢ ـ لايستطيع المريض التحكم فيها ، فهى تحدث دون ارادته ويعلم انها شاذة.

٣ ـ يتكرر حدوثها وتصبح طابعا مميزا لسلوك المريض .

٤ ـ لايستطيع المريض تميز اسبابها .

---

(١) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٩٩ .

شخصية مرضى الوساوس القهرية

تتسم شخصية المصابين بهذا المرض بما يلى : [١]

١ ـ النظام والنظافة .

٢ ـ الدقة والمحافظة على المواعيد .

٣ ـ الضمير الحى والتمسك بالخق والتمتع بالاخلاق .

ومما هو جدير بالذكر أنه قد توجد هذه الصفات فى أشخاص ولا يصابون بالمرض النفسى .

أسباب الاصابة بالمرض :

تتعدد هذه الاسباب ، وفيما يلى أهمها : [٢]

١ ـ الوراثة : فقد لوحظ أن آباء وأمهات بعض المرضى يشكون من الوساوس وقد يصاب بهذا المرض بعض إخوان او أخوات المريض .

٢ ـ التكوين الجسمى النحيف يغلب على مرضى هذا العصاب .

٣ ـ أسباب بيئية مهيئة ، كفرض النظام الشديد أثناء طفولة المريض أو القسوة فى تربيته المنزلية أو المدرسية . . . . الخ .

وقد تكون الأسباب البيئية مرسبة ، فيبدأ المرض عقب حادث او الاصطدام بواقع الحياة .

العلاج من الوساوس :

يعتبر هذا العصاب من أقل الامراض النفسية تحسنا بالعلاج على اختلاف انواعه ، الا فى الحالات الدورية التى تكون بديلة للاكتئاب مثلا ، او فى الحالات

---

(١) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص٥٠.

(٢) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٥٥ـ١٥٦.

التى تكون الاعراض فيها مصاحبة لمرض اخر فانها تشفى بعلاج المرض الاصلى .

ويتخذ العلاج صورا متعددة نلخصها فيما يلى : [١]

أولا : العلاج العضوى :

١ ـ العلاج بالصدمــات الكهربائية والتنويم الكهربائى لاسيما فى الحالات المصحوبة بالاكتئاب .

٢ ـ العلاج بالعقاقــير المهدئة ، ويفيد فى تخفيف حدة التوتر المصاحب للوساوس والقهرية . وان لم ينجح فى القضاء على الفكرة الغريزية ذاتها ، وفى بداية ظهور الوسواس قد يستحب العلاج المكثف بمضادات الاكتئاب مع المهدئات العظيمة .

٣ ـ العلاج الجراحى : وذلك بقطع الفص الامامى فى المخ فى الحالات المستعصية التى تصل فيها الوساوس والقهر لدرجة يستحيل معها أى نشاط اخر للانسان (كحالة وصلت لان تغسل الخبز بالماء والصابون ثم تأكله طبعا حتى كادت تهلك هزالا) .

ثانيا : العلاج النفسى :

ان العلاج بالتحليل النفسى طويل المدى قد يفيد فى هذا المرض كثيرا ، كما أن الشرح والتوضيح والايحاء قد يكون لهم دورهم ـ بالاضافة الى العلاج العضوى ـ فى ازالة التوتر المصاحب للوساوس والقهر . . وان كانت النتائج التى استخدم فيها التحليل النفسى محدودة وطريقته صعبة لعدم إستجابة المرضى له .

(١) المرجع السابق ، ص ص ١٦٣ ـ ١٦٤ .

ثالثا : العلاج السلوكى :

وهو يفيد كثيرا فى ربط العرض بمؤثر منفر حتى يزول .

رابعا : العلاج الاجتماعى :

وهو يتجه نحو ازالة مزيد من الصعوبات البيئية التى قد تزيد من توتر المريض وضيقه .

خامسا : عصاب الاكتئاب . . Depression Neurosis

يعد الاكتئاب من أكثر الامراض النفسية شيوعا بين مختلف الفئات والطبقات، وتزداد حدة الاصابة به فى مواقف الأزمات والصراع والاحباط التى يواجهها الناس باستمرار فى حياتهم .

والاكتئاب يعنى الشعور بالحزن والضيق والتوتر باستمرار .

الاعراض :

تشير العديد وجهات النظر إلى أن اعراض الاكتئاب تشمل الاتى :

١ - الحزن والضيق والتوتر .
٢ - الشعور بالاجهاد والارهاق لاقل مجهود .
٣ - التشاؤم والخوف من المستقبل .
٤ - الارق والاحلام المزعجة .
٥ - ارتفاع ضغط الدم .
٦ - نوبات بكاء مستمر .
٧ - الانطواء والعزلة .
٨ - فقدان الشهية .
٩ - عدم الرغبة فى القيام بأى عمل .

أسباب الاصابة بالاكتئاب :

هناك العديد من الاسباب التى ينتج عنها الاكتئاب ، ولعل من ابرز هذه الاسباب فى الوقت المعاصر الظروف الاقتصادية الصعبة التى يعانى منها افراد المجتمع وزيادة معدل البطالة بين الشباب "حيث تشير البيانات المتاحة الى ان عدد الخريجين الذين لم يحصلوا على عمل حتى عام ٨٧/ ١٩٨٨ يقدر بنصف مليون نسمة ، كما اكدت نتائج إحدى الدراسات التى اجريت للتعرف على المشكلات الفردية الناتجة عن البطالة لدى الشباب أن ٦٧,٨٩٪ من افراد العينه يشعرون بأعراض الاكتئاب ، حيث تؤدى البطالة الى الشعور بالكآبة والحزن الناتجين عن فقدان المكانة والاحباط المستمر المتولد عن الاخفاق فى الحصول على عمل ، ولأن البطالة تؤدى الى التشاؤم والتقلب فى المزاج ومشاعر الضيق دون معرفة السبب والشعور بالارهاق لاقل مجهود " .(١)

ولعل النسبة الباقية من افراد العينة وهى ٢٣,١١٪ لم يشعروا باعراض الاكتئاب نظرا لاسباب متعددة قد يكون من بينها تقدير الاسرة لظروف المجتمع او عدم تأنيبها لأبنائها نتيجة اخفاقهم فى الحصول على عمل مما يؤكد ان للاسرة دور فى الوقاية من الاصابة بالمرض النفسى .

أنواع الاكتئاب (درجات الاكتئاب) :

(أ) الاكتئاب البسيط (غير الذهانى)

Simple Depression (No Psychosis)

" ويتميز المصابون به بانهم من النوع المجد ذو النشاط ، فأمالهم وافكارهم عريضة وهم لهذا سريعوا الابتئاس ويصاب به الشخص فى الحلقة

---

(١) عادل محمد موسى ، جوهر ، المشكلات الفردية الناتجة عن البطالة لدى عينة من الشباب خريجى الجامعة وتصور مقترح لدور خدمة الفرد فى مواجهتها ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الثالث لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ ـ ١١ ديسمبر ١٩٨٩ ، ص ٥٩١ .

الرابعة او الخامسة من العمر حيث تكون الشخصية ناضجة ومشغولة بالكفاح من اجل الهدف المرموق " (١)

" ونادرا ما ياتى الاكتئاب البسيط فى شكل حزن ، وقد يكون اختلاف فى الشهية او عسر فى الهضم أو امساك او وجع فى الصدر او خفقان او اختلاف فى ضربات القلب او نهجان او سرعة الاجهاد او الصداع او خمول فى العملية الجنسية . . . الخ ، وقد يتحول الاكتئاب البسيط الى النوع الحاد ولكن الغالب ان يستمر بسيطا ، وقد يزول من تلقاء نفسه وقد يستمر لفترة طويلة مع المريض" (٢).

(ب) الاكتئاب الحاد : . . Acute Depression

تتميز هذه الدرجة من الاكتئاب بما يلى : (٣)

١ ـ يظهر " ثالوث الاكتئاب بشكل واضح " .

٢ ـ يصبح المريض منعزلا لايختلط بغيره .

٣ ـ يكاد المريض لايتكلم اطلاقا ، فاذا تكلم فان إستجابته تكون متأخرة وبطيئة .

٤ ـ تزداد الشكاوى المرضية العضوية بشكل ملحوظ ويميل اغلبها الى الهمود .

٥ ـ يصعب عليه معرفة الزمان والمكان والاشخاص لعدم اكتراثه بشيء وقصور انتباهه .

---

(١) عبد الرؤف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص٨٩.

(٢) المرجع السابق ، ص ص ٨٩ ـ ٩٠ .

(٣) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٣٤ ـ ٢٣٥ .

٦ ـ قد يصاحب كل ذلك هلاوس وضلالات تدور حول الشعور بالذنب واتهام النفس.

٧ ـ قد تكون له بداية حادة بلا مبرر ظاهر فى العادة ويصاحبها شعور وخبرة بتغير الذات Depersonalisation Experience وتغير العالم من حوله (وهى مشاعر وخبرات أكثر منها أفكار واعتقادات مثلما هو الحال فى الوساوس والضلالات التى تحمل نفس الاسم) .

٩ ـ كثيرا ما يصاحب ذلك هلاوس وضلالات تدور حول الشعور بالذنب واتهام النفس .

١٠ ـ يصل الاكتئاب فى هذا الدرجة الى شدة ذهانية .

(جـ) الاكتئاب التقهقرى (اكتئاب سن اليأس) : واهم ما فى هذا النوع مايلى : [(١)]

انه يصيب الجنسين في سن اليأس (ال٤٥عند النساء وال٥٥عند الرجال) والصفة الغالبة على هذا النوع هى ظهور الحزن مصحوبا بقلق وخوف واضطراب ، وتظهر الاوهام والضلالات بشكل واضح ، ومنها أن المريض عاش حياة تافهة مليئة بالذنوب والخطايا ويعتبر المرض عقابا أنزله الله به وقد يضر المريض نفسه (ينتحر او يقدم على الانتحار) اذا اهمل او ترك بمفرده .

(د) الاكتئاب التفاعلي : واهم ما يميزه الاتى : [(٢)]

ويأتى فى سن مبكرة وحيثما تكون الشخصية غير متكاملة ، وهو بعكس الانواع الاخرى ـ يمكن الاستدلال على سبب له ـ والظاهرة الواضحة فى هذا

---

(١) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، مرجع سبق ذكره ، ص٩٠.

(٢) المرجع السابق ، نفس الصفحة .

النوع هى تأرجح حالة المريض بين الحزن والانشراح تبعا لشواغله ، فهـو حزيـن طالما كان وحيداً وغير مشتغل بعمل يلهيه ، ولهذا نجد ان المريـض ينشـغل عـن همه وحزنه (اذا غير الجو) الذى يذكره بحزنه او قضى وقتا طيبا مـع الاصحـاب، وهذا بعكس الانواع الاخرى مـن الاكتئـاب التـى لاتتغير ولا تتبدل مهم بـذل مـن مخاولات للتخفيف او الترويح عن المريض . وعلاج هذا النوع يختلف عن عـلاج الانواع الاخرى وينجح فيه التحليل النفسى مع المهدئات .

وقد يكون الاكتئاب عرضا لمرض نفسى لخر كالقلق او غيره مما يسـتلزم جهدا كبير للتفرقة بيـن الاكتئـاب كعرض والاكتئـاب كمـرض حتـى يسـهل تحديـد العلاج اللازم فيما بعد .

علاج الاكتئاب :

لاشك ان معرفة الاسباب التى تـؤدى الـى الاصابـة بالاكتئـاب تـؤدى الـى سهولة تحديد درجة او نوع الاكتئاب وبالتالى تحديـد العـلاج الـلازم وهنـاك العديـد من الأساليب التى تستخدم فى عـلاج الاكتئـاب ، الا أن هـذه الاسـاليب مـن وجهـة نظر المؤلف لا يمكن الاعتماد على إحداها دون الآخر ، بل يجب ان تستخدم كلهـا فى آن واحد حتى يتم الشفاء الكامل للمريض .

وفيما يلى اساليب علاج الاكتئاب : (١)

١ ـ العلاج بالعقاقير : Durgs :

حيث يصف الطبيب بعض الادوية المهدئة كالتفرانيل والتريبـتزول ويـأخذ مفعول هذه العقاقير بعـض الوقـت قد يصـل الـى ٢٠ يومـا قبـل ظهـور التحسـن ،

(١) عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٥٣ـ٢٥٤.

ويحتاج المريض خلال هذه الفترة إلى عناية كبيرة من حيث التمريض والرعاية كما يمكن استعمال عقاقير أخرى لعلاج الاعراض المصاحبة مثل القلق او فقدان الشهية .

٢ - الصدمات الكهربائية :

وهى من انجح العلاجات حتى الآن فى حالات الاكتئاب خاصة ، وهى تستعمل الآن بطريقة سليمة على ناحية من المخ فلا تحدث نسيانا وهى نافعة فى كل حالات الاكتئاب الدوري تقريبا . حتى البسيط منها اذا عجزت العقاقير ولكنها لاتصلح في حالات الاكتئاب العصابي والاكتئاب المزمن المتراكم القلق .

٣ - علاج الانسولين المعدل :

قد يصلح فى حالات الاكتئاب البسيط وخاصة اذا صاحب هذا او ذاك - الهزال وفقدان الشهية .

٤ - العلاج النفسى :

قد يصلح العلاج النفسى التدعيمى والتفريغى فى حالات الاكتئاب البسيط .

٥ - العلاج الاجتماعى :

ويصلح فى حالات الاكتئاب التفاعلى باصلاح الظروف البيئية بحيث تصبح اقل ضغطاً على المريض وتعليمه التفاعل بايجابية لحل مشاكله وتخفيف حدة الصراعات التى يعانى منها .

سادسا : الامراض السيكوسوماتية :

تتعددت وجهات النظر فى تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية ، وفيما يلى عرضا لبعض منها :

تعرف الاضطرابات السيكوسوماتية بانها " اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالى دورا هاما أساسيا ،وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبى اللاإرادى وتختلف الامراض السيكوسوماتية عن الاعراض التحويلية الهستيرية فى أن الاخيرة عبارة عن تحول القلق ألى أعراض وعلاقات تشمل الجهاز الحركى والحسى الإرادى ولها مغناها الرمزى فى الحياة اللاشعورية للفرد." (١)

وتعرف الاضطرابات السيكوسوماتية ايضا بانها " تلك الاضطرابات التى تسببها ضغوط نفسية متراكمة ومستمرة ، تظهر اثارها جسميا فى صورة تلف للعضو او خلل فى وظيفته ويمكن للطبيب البشرى المعالج كشف هذا التلف او الخلل باستخدام وسائله كما يمكن للمريض ان يعبر عند سؤاله عند كل منها ولا تفيد وصفات الطبيب البشرى فى علاج تلك الامراض مالم يؤخذ فى الاعتبار الاسباب النفسية ، وتصيب تلك الامراض اجهزة الجسم التى يتحكم فيها الجهاز العصبى اللاارادى . (٢)

ومن اهم الامراض السيكوسوماتية ما يلى : (٣)

١ ـ الربو Asthma

٢ ـ الصداع النصفى Migraine

---

(١) احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٥٥ .

(٢) كمال عبد المحسن البنا ، الغربة وعلاقتها بالاغراض السيكوسوماتية ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع " ديناميات العمل الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية " ، ٢٣ ــ ٢٥ ابريل ١٩٩١ ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، ص ص ٨١٧ ــ ٨١٨ .

(٣) عبد الرحمن العيسوى ، امراض العصر : الامراض النفسية والعقلية والسيكوماتية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٠ ، ص ٢٨٦ .

٣ ـ السمنة Obesity

٤ ـ ارتفاع ضغط الدم High blood pressure

٥ ـ التهاب الجلد Neurodermatitis

٦ ـ التهاب الغشاء المخاطى او القولون . Coltis

٧ ـ القرحة Ulcer

وهناك امراض اخرى عديدة كبعض امراض الفم والاسنان ، والسكر والارتيكاريا أو بعض الامراض الخاصة بالجهاز الهضمى .

ويتجه الطب الحديث الآن فى الاعتقاد ان معظم الامراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً قوياً سواء فى نشأتها او استمرارها او اثارتها او ضعف مقاومة الفرد لمهاجمة المرض ، لدرجة ان بعض الابحاث الحديثة تفيد بوجود ترابط بين السرطان والعوامل النفسية . ولذا فعلى الطبيب ان يحترم الاسباب الاجتماعية والنفسية فى كل مرضاه والا يغفل الحقيقة فى ان معرفة هذه الاسباب تكون احيانا مفتاح الشفاء . (١)

كما يتضح من التعاريف السابقة للاضطرابات السيكوسوماتية انها امراض تظهر فى صورة جسمية لاسباب نفسية واجتماعية ولذلك فعلاج هذه الامراض ينبغى الا يتجه للعرض دون السبب . ولذلك فإن للعلاج الاجتماعى فائدة كبيرة اذا استخدم بدقة فى تخفيف حدة هذه الاضطرابات ، وتشير احدى الدراسات من ان التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية بطريقة خدمة الفرد باستخدام اسلوبى العلاج الاسرى وسيكولوجية الذات قد احدث تغييرا ايجابيا بدلالة احصائية فى مواجهة الاضطرابات السيكوسوماتية ، وان كان اسلوب سيكولوجية الذات اكثر فاعلية فى مواجهة الاضطرابات السيكوسوماتية من اسلوب العلاج الاسرى . (٢)

---

(١) احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٦٢ .

(٢) زين العابدين محمد على رجب ، الاضطرابات السيكوماتية بين اسلوبى العلاج الاسرى وسيكولوجية الذات ، مرجع سبق ذكره، ص ص ٢٥٩ ـ ٢٦٠ .

الفصل السادس

التشخيص الاجتماعى للأمراض النفسية في اطار نظرية الدور

- مقدمة .
- المفاهيم الاساسية لنظرية الدور .
- تطبيقات نظرية الدور فى المجال النفسى .
- نظرة نظرية الدور الى تكوين المشكلة .
- الدراسة الاجتماعية فى اطار نظرية الدور فى المجال النفسى .
- التشخيص الاجتماعى للمرض النفسىفى اطار نظرية الدور .
- العلاج الاجتماعى فى اطار نظرية الدور .
- الانتقادات الموجهة الى نظرية الدور .
- تعقيب ووجهة نظر المؤلف .

أولا : نظرية الدور Role Theory

مقدمة :

لقد ظهرت فى الآونة الاخيرة بعض الانتقادات التى وجهت الى الاتجاه التقليدى فى خدمة الفرد (الاتجاه التحليلى) والذى يفسر المشكلات على أنها ترجع الى العميل بمفرده وبالتالى فعلاجها ينبغى ان ينصب على العميل فقط ونتيجة لذلك فقد ظهرت العديد من الاتجاهات والنظريات الحديثة التى تفسر السلوك المشكل على انه محصلة للتفاعلات التى تحدث بين الفرد وبيئه المحيطة به ، ومن اهم هذه الاتجاهات والنظريات : نظرية الدور ، العلاج الاسرى ، نظرية الازمة ، الاتجاه الوظيفى ، العلاج بالساعد ، العلاج المحيطى ، الاتجاه الذى يركز على الواجب او المهمة . . . . . الخ .

ورغم ان نظرية الدور من النظريات الحديثة نسبيا ، الا أنها تعد واحدة من أكثر النظريات شيوعا واستخداماً فى ممارسة الخدمة الاجتماعية بعامة ، وخدمة الفرد بخاصة ولقد أخذ عدد المؤسسات التى تستخدم تلك النظرية يتزايد بشكل تدريجى فى الاونة لاخيرة [1] بالخارج ، " ويرجع ذلك - دون شك - الى ما تتسم به نظرية الدور من ثراء مفاهيمها ومكوناتها النظرية ، وكذا مضامينها التطبيقية ، وقدرتها على ان تقدم لنا أسلوبا ووسيلة مناسبة لدراسة تحليل السلوك الاجتماعى فى صوره السوية والمشكلة " [2] .

---

(١) احمد زكى عبد الغفار واخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ، ص ٤ (مذكرات غير منشورة) .

(٢) عبد العزيز فهمى النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، الجزء الثانى ، دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٨٣ ، ص ٣ .

ومما يجدر الاشارة اليه ان نظرية الدور على الرغم من عمق مفاهيمها ونظرتها الواقعية الى تفسير السلوك فى صوره السوى منها والمشكل ، فانها ـ كما ترى بعض وجهات النظر ـ غير قادرة على تفسير كثير من الظواهر الاجتماعية، ولذلك يجب على الاخصائى الاجتماعى ألا يعتمد على هذه النظرية بمفردها فى العمل مع عملائه ـ على الاقل فى هذه المرحلة من نمو تلك النظرية ـ لكن يمكن له استخدامها كنظرية مساعدة له فى عمله ، مما ينمى ويطور اداءه المهنى ، بجانب نظرية اخرى واحدة على الاقل مما يتوافر من سواها من نظريات خدمة الفرد " [١] والتى أصبحت متعددة ومتنوعة .

وتعتمد نظرية الدور على منطق اساسى مؤداه ان اى انسان يحتل العديد من المكانات الاجتماعية Social status فى أى فترة من حياته ويترتب على شغله لهذه المكانات عدة أدوار ينبغى عليه أن يؤديها ، واثناء شغله لهذه الادوار يوجد مشاركين للفرد فى آدائه لادواره الاجتماعية المختلفة .

ولما كانت اصابة أحد افراد الاسرة بالمرض النفسى تؤدى إلى حدوث تغيير فى حياة ينعكس بالضرورة على الادوار داخل هذه الاسرة وبخاصة ادوار المرض ومن يشاركه فيها سواء كانت الزوجة او الابناء او زملائه فى العمل وغيرهم ، فان ذلك يستلزم التدخل لمساعدة النسق الاسرى على استعادة التوازن فى اداء ادواره .

ولما كانت الخدمة الاجتماعية تهدف الى تحسين حياة الانسان وتحسين الاحوال المجتمعية بصفة عامة فان نظرية الدور فى خدمة الفرد يمكن ان تساهم

---

(١) المرجع السابق ، ص ٤ .

فـى دراسـة انعكـاس الاصابـة بـالمرض النفسـى لاحـد افـراد الاسـرة علـى الادوار الاسرية من ناحية ومسـاعدة افـراد الاسـرة علـى قيـامهم بـأدوارهم بـالصـورة التـى يتوقعها المجتمع منهم حتـى تسـتمر الاسـرة فـى اداء وظـائفهـا المختلفـة مـن ناحيـة أخرى .

وتستند نظرية الدور على مجموعة من المفاهيم الاساسية يمكن عرضها على النحو التالى :

١ ـ مفهوم الدور :

تعددت وجهات نظر الباحثين فى تعريفهم للدور فبينما نجد فريق يركز فى تحديده على الدور نجد فريقا اخر يركز على الدور المهنـى ، وسـنعرض لوجهتـى النظر فيما يلى :

أولا : وجهة النظر التى تركز على الدور :

يعرف الدور بانه " أنـواع السلوك المقررة والمحـددة لشـخص مـا يشـغل مكانة معينة ، بمعنـى كيف يتعين علـى شـاغل الـدور ان يسـلك ويتصـرف حيـال الشخص او الاشخاص الاخرين الذين تضعـه حقـوق وواجبـات مكانتـه فـى تفـاعل معهم " (١) .

ويعرف بأنـه " السلوك المتوقـع ممـن يشـغل مكانـة او مركـزا معينـا ، ويتضمن مفهوم المكانة جانبين اساسيين : (٢) .

---

(1) Herbert S. strean, Role Theory, in Francis J. Turner (ed.), in Social work Theatment, N.Y., The Free Press, 1974, P.314 .

(٢) عبد العزيز فهمى النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، ص ص ٥ ـ ٦ .

اولا : عددا من الحقوق والواجبات المتوقعة من شخص معين فى موقف معين ، وما يؤديه ويقوم به من أعمال وكذا ما يؤديه ويقوم به من يتعامل او يتعاملون معه فى هذا الموقف .

ثانيا : تفاعلا يتم بين اثنين او اكثر من الاشخاص .

كما يعرف الدور بانه : " هو نمط السلوك المتوقع من الشخص الذى يشغل وضعا اجتماعيا معينا اثناء تفاعله مع الاشخاص الاخرين الذين يشغلون اوضاعا اجتماعية اخرى داخل النسق [١] .

ويعرف ايضا بأنه " نموذج يتركز حول بعض الحقوق والواجبات ويرتبط بوضع محدد داخل جماعة او موقف اجتماعى معين ، ويتحدد دور الشخص فى اى موقف عن طريق مجموعة من توقعات يعتنقها الاخرون كما يعتنقها نفسه "[٢].

ثانيا : وجهة النظر التى تركز على الدور المهنى . Professional role

" الدور المهنى هو الممارسة التى يقوم بها الاخصائى الاجتماعى بحكم اعداده المهنى سواء مع الافراد او الجماعات او المجتمعات المحلية لتحقيق اهداف الخدمة الاجتماعية " [٣] .

" ويقصد بالدور المهنى وصف السلوك الذى يجب ان يلتزم به الاخصائى الاجتماعى اثناء قيامه بعمله وفى علاقاته مع الافراد والجماعات والمنظمات

---

(١) محمد الجوهرى ، المدخل الى علم الاجتماع ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٨٦، ص٦٤.

(٢) محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعيـــة ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ ، ص ٣٩٠ .

(٣) نبيل محمد صادق ، استخدام طريقة تنظيم المجتمع فى تنشيط دور المجالس المحلية ، رسالـــة دكتوراه، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، حلوان ، ١٩٨٠ ، ص ص١٥٢ ـ ١٥٣ .

والمجتمعات المحلية ويسعى لتحقيق اهداف معينة هى التى تعطى له مبررا لوجوده فى الجهاز الذى يعمل فيه مع المجتمع " (١) .

ويمكن فى ضوء التعاريف السابقة لمفهوم الدور ان نستخلص ما يلى :

١ ـ يشغل الفرد فى حياته العديد من الادوار مثل دور الاب او الزوج او العامل او الطالب ...الخ.

٢ ـ يسلك الفرد الذى يحتل الدور سلوكا يحتمه عليه أدائه لهذا الدور .

٣ ـ كلما كان سلوك شاغل الدور مطابقا لتوقعات الاخرين منه كلما هناك توافقا بينهم .

٤ ـ كلما كان هناك توافقا بين توقعات شاغل الدور وتوقعات الاخرين منه كلما أدى الدور بفاعلية.

٥ ـ تضع وتحدد ثقافة المجتمع الحدود لمختلف الادوار (وقد يكون المجتمع هو الدولة او الاسرة او المصنع او المدرسة . . . . الخ) .

٦ ـ تضع الشخصية وسماتها والظروف الحياتية الضاغطة وغير الضاغطة النمط السلوكى الذى يمارسه الفرد فى ادائه للدور .

٧ ـ من الممكن التأثير على الفرد بوسائل مختلفة لتغيير اداؤه للدور .

٢ ـ مفهوم تعلم الدور :

" يقصد بتعلم الدور ان كل فرد فى المجتمع يتعلم طبيعة دوره والسلوك المتلائم مع كونه يشغل دور معين وتبدأ هذه العملية التعليمية منذ الصغر فى الطفولة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية ، وتقوم بها الاسرة والاجهزة المختلفة مثل المدرسة والمنظمات الاجتماعية المختلفة التى تساعد وتشارك فى نشأة وتنمية

---

(1) Ralph Kramer and Harry Speckt, Reading in Community Organization Practice, Prentice Hall, N.J.,1969, P.257.

الفرد ، وتتم عملية التعلم فى اطار القيم والانماط الثقافية التى يحددها المجتمع الذى ينشأ فيه الفرد" [١] .

"وتعليم الدور قد يكون مقصودا او تلقائيا ، فالتعليم المقصود تقوم به عملية التثقيف الاجتماعى التى تلقن الانماط الثقافية للسلوك والمعرفة ، أما التعليم غير المقصود (التلقائى) فان الطفل يصطنع من تلقاء نفسه انماط السلوك التى يقوم بها الاخرين فى البيئة التى يخالطها او يعيش فيها . " [٢]

٣ – مفهوم وصف الدور :

لكى يؤدى الفرد دوره عليه أن يكون مدركا للصفات اللازمة للمكانة التى يشغلها هذا الدور كما يقررها المجتمع الذى يعيش فيه بالاضافة الى معرفة ما يتعلق بتلك المكانة من التزمات وحقوق وواجبات " [٣].

أى ان المجتمع عليه أن يصف السلوك الذى يجب ان يلتزم به من يشغل دوراً معيناً تحديدا ووصفا دقيقا حتى لايكون الدور غامضا على شاغله .

٤ – غموض الدور :

يعنى غموض الدور عدم وضوحه من ناحية ، ومن ناحية اخرى " يشير غموض الدور الى تلك الادوار التى تفتقر الى الاعتراف الرسمى الواضح بها من جانب النظام الرسمى فى المجتمع بمعنى عدم الاعتراف بموقع ومكانة هذه الادوار

---

(١) محمد شريف صفر وأخرون ، نحو بناء النظرية فى خدمة الفرد ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ ، ١٩٨٦ ، ص ٧٦ .

(٢) احسان زكى عبد الغفار واخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٤ .

(٣) احسان زكى عبد الغفار واخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٨ .

على خريطة العلاقات الاجتماعية ، أو عدم تحديد كونهـا مقبولـة او مرفوضـة مـن جانب المجتمع وبالتالى عدم معرفة التوقعات المحددة من شاغلها او كيفية تصرفاته وسلوكه " (١).

٥ ـ توقعات الدور :

يعنى السلوك الذى ينتظره المجتمع مـن شـاغل مكانـة معينـة عليـه انجـاز حقوق وواجبات معينة .

ويمكن النظر الى توقعات الدور من حيث كونها : (٢)

أ ـ أداءات أو أفعال . Actions

وهى سلوك يؤديه شاغل المكانة المعينة ، وبناء على ما تعلمه بشأن دوره فى وقت سابق ، ويقوم على فكرتى التطوعية والغائية " اى يهدف الى تحقيق غايـة معينة) ، ونظرا لاشتراك الفرد ـ عادة ـ مع غيره من الافراد فى آداء دوره ، فانه قد يحصل من الاخرين علـى تدعيمـات او مكافـآت او تسـهيلات تعاونـه علـى أداء دوره او على العكس ـ قد يتعرض لاعاقات من جانبهم لعملية ادائه لهذا الدور .

ب ـ صفات Qualities

وهنا تكون توقعات الـدور اقـرب الـى الصفـات الشـخصية فشـاغل مكانـة الطـالب ، مـن المتوقـع منـه فـى هـذا الجـانب ان يكـون شـغوفا بعملـه ، مجـدا فـى استذكاره ، متعاونا مع زملائه ، مقدرا لاساتذته.

---

(١) عبد العزيز النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، ص١٠.

(٢) المرجع السابق ، ص ٨ .

ولكى يؤدى الفرد أدواره بنجاح ، مثبتا جدارته لشغل مكانة معينة ، عليه ان يكون مدركا للأداءات والصفات اللازمة لشاغل تلك المكانة ، كما يعرفها ويحددها المجتمع الذى يعيش فيه ، فضلا عن معرفة ما يتعلق بتلك المكانة من التزمات وحقوق وواجبات ومسئوليات .

٦ - مجموعة الدور :

تشير مجموعة الدور الى المجموع الكلى للأدوار التى يؤديها الفرد نتيجة لانه يشغل العديد من المكانات الاجتماعية التى تتضمن عددا من الادوار .

٧ - صراع الدور :

يعنى صراع الدور وصول الفرد القائم بالدور الى مرحلة يصبح معها غير قادر على آداء مجموعة أدواره المطلوب ان يؤديها بصورة متوازنة ، اى يختل معدل آداؤه لادواره .

وهناك عدة اسباب تؤدى الى ما يسمى بصراع الدور تتضح فيما يلى:[١]

١ - عندما يشغل الفرد انواعا متعددة من الادوار فى نفس الوقت ، ولكل منها واجبات تتعارض مع واجبات الادوار الاخرى ــ مثال ذلك : الام التى لديها طفلاً رضيعاً يجب عليها ارضاعه فى مواعيد متقاربة الا انها تعمل موظفة وعليها ان تواظب على عملها فى مواعيد العمل المقررة .

٢ - تعارض توقعات المشاركين للفرد فى اداء الدور ، ومثال ذلك موجه التربية الاجتماعية يتوقع من الاخصائى الاجتماعى ان ينظم سجلات لكل من الحالات الفردية ، وأنشطة الجماعات والعمل مع اتحاد الطلاب

---

(١) عبد العزيز النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، ص١١.

ومجلس الاباء وغيرها ، ويتوقع ناظر المدرسة من الاخصائى المساعدة فى الاعمال الادارية .

٣ ـ عندما يكون فهم الفرد لدوره غير متطابق مع فهم بعض الاشخاص ذوى الاهمية بالنسبة له فى نسقه وبمعنى اخر اختلاف توقعات شاغل الدور مع توقعات المشاركين له فى الدور . ومثال ذلك الزوج الصعيدى الذى يتوقع من زوجته الحضرية الاهتمام بشئون المنزل ورعاية الابناء ، فى حين ان الزوجة تتوقع من زوجها أن يسمح لها بالخروج للعمل .

٤ ـ عندما لايملك شاغل الدور المقومات التى يتطلبها الدور من مهارات وتعليم وخبرات وهو ما يسمى بعدم كفاية الدور . . . Role Inadequacy .

الشخصية وآداء الدور :

" تعتبر الشخصية احدى المحددات الاساسية للدور ، لذلك فان التوافق او التعارض بين جوانب الشخصية ومتطلبات الدور قد يكون مسئولا عن نجاح الفرد او فشله فى اداء دوره وما قد يترتب على ذلك من صعوبات فى التكيف الاجتماعى فى المجتمع [1] ، فهناك بعض الادوار التى تتطلب سمات شخصية يجب ان تكون متوفرة فى شاغل هذا الدور ، وعدم توافر هذه السمات يؤدى الى عدم آداء الدور بالكفاءة المطلوبة ومثال ذلك : طالب الثانوية العامة الذى يوزعه مكتب التنسيق على احدى الكليات التى لا يرغب فى الالتحاق بها ، فقد يعجز عن مواصلة تعليمه أو دراسته بهذه الكلية .

---

(١) محمد شريف صفر واخرون، نحو بناء النظرية فى خدمة الفرد، مرجع سبق ذكره، ص ص٨١ـ٨٢.

تطبيقات نظرية الدور فى خدمة الفرد فى المجال النفسى :

نعرض هنا تطبيقات نظرية الدور فى المجال النفسى على النحو التالى :

المشكلة الفردية :

يقابل الفرد فى مختلف مراحل حياته العديد من المشكلات ، فتارة يتغلب عليها بمفرده وتارة اخرى يخفق فى مواجهتها ، وتنظر الخدمة الاجتماعية ليس للمشكلة التى تغلب عليها العميل بقدر ما يكون تركيزها على تلك المشكلات التى لم يستطع العميل بقدراته وامكانياته مواجهتها . عندئذ تعتبر ان الفرد يواجه مشكلة.

وتنشأ المشكلة من وجهة نظر نظرية الدور نتيجة لاحد الاسباب التالية : (١)

١ ـ عدم قدرة الفرد على ايجاد الطريق الذى ينظم فيه أدواره المتعددة فى نسق منظم مترابط .

٢ـ فشل الفرد فى آداء الادوار المفروضة أو المتوقعة منه من قبل المجتمع والمشاركين له فى ادواره المختلفة .

٣ ـ تعدد الادوار وكثرتها بما يفوق طاقات الفرد .

٤ ـ اختلاف التوقعات بالنسبة لنفس الدور الذى يشغله الفرد .

العمليات الاساسية فى خدمة الفرد فى اطار نظرية الدور فى مجال الطب النفسى:

تشتمل هذه العمليات على الدراسة والتشخيص والعلاج ، ونعرض تطبيق هذه العمليات لفهم دور الاخصائى الاجتماعى مع المريض النفسى وكيفية تطبيقه لهذه العمليات فى مجال الطب النفسى .

---

(١) المرجع السابق ، ص ص ٨٢ ـ ٨٣ .

أولا : الدراسة الاجتماعية فى اطار نظرية الدور فى المجال النفسى :

تنصب عملية الدراسة فى اطار نظرية الدور فى خدمة الفرد فى وصف ودراسة موقف الفرد داخل نسقه الاجتماعى وتفاعله معه ، ذلك ان الدور الاجتماعى يمكن تصوره كنتيجة ومحصلة للتفاعل بين العمليات النفسية من جانب والظروف البيئية من الجانب الاخر ، الامر الذى يترتب عليه ضرورة اخذ الجانبين فى الاعتبار عند القيام بعملية الدراسة الاجتماعية [١] .

تتضمن عملية الدراسة ايضا الدراسة المنظمة التى يقوم بها الاخصائى الاجتماعى لادوار العميل اى دراسة آداء العميل لادواره المختلفة بطريقة منظمة كما يلى : [٢] .

١ ـ العمل على معرفة المكانات والاوضاع الاجتماعية التى يشغلها المريض النفسى والادوار المرتبطة بها :

وفى هذه المرحلة من الدراسة يقوم الاخصائى الاجتماعى بدراسة عامة عن المريض النفسى مثل بياناته الاوليه ـ حالته الاجتماعية ـ تكوين اسرته بالتفصيل ـ التزماته تجاه اسرته واقاربه ، عمله الاصلى قبل الاصابة بالمرض ، الظروف الاجتماعية الاسرية التى ساعدت على ظهور المرض النفسى به ، علاقاته بالأسرة قبل واثناء المرض وأدواره المختلفة التى يقوم بها .

---

(١) عبد العزيز النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، بتصرف ، ص ٢١ .

(٢) احسان زكى عبد الغفار ، واخرون ، الاتجاهات المعاصرة فى خدمة الفرد ، ط١ ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩١ ، ص ص ١٧ ـ ١٩ .

ـ استفاد الباحث من الكتابات النظرية فى نظرية الدور وقام بتطبيقها على مجال دراسته .

٢ ـ تحديد التوقعات التى يتوقعها المجتمع وافراده من المريض النفسى فى ادائه لهذه الادوار :

يعد تحديد الاخصائى الاجتماعى للادوار التى يقوم بها المريض النفسى ، فانه ينبغى عليه ان يحدد التوقعات التى يجب ان يكونه عليها كل دور يقوم به المريض بناء على ما يتوقعه المجتمع والاخرين بعد اصابته بالمرض النفسى ، وهل قدراته وامكانياته اثناء المرض تؤهله للقيام بهذا الدور ام لا ؟

وكذلك عليه ان يحدد الدور الذى يقوم به تجاه اسرته وابنائه ودوره الجديد كمريض يتطلب منه الحضور للعيادة النفسية فى وقت محدد وحضور جلسات العلاج النفسى والاجتماعى أو الإقامة الداخلية فى المستشفى لبعض الوقت وغير ذلك من أدوار .

٣ ـ تحديد الواقع الفعلى للمريض النفسى فى ادائه لهذه الادوار : " الدور الممارس " :

وفى هذه المرحلة يحدد الاخصائى الاجتماعى بالاشتراك مع المريض النفسى (رجل كان او امرأة طفلاً أو شاباً) الصورة الواقعية والفعلية لما يؤديه من أدوار عليه واجب القيام بها . فالمريض النفسى ما دوره الذى يقوم به تجاه أسرته ؟ هل يتولى بمفرده الانفاق عليها ؟ ام تساعده الزوجة أو احد الابناء ؟ وهل يشارك بالرأى والمشورة فى أمور الاسرة ؟ واى الامور الاسرية يتدخل فيها وايها يتركها للزوجة ؟ ومن الذى يضع الخطة العامة لميزانية الاسرة ؟ هلى يتركها للزوجة ام توضع بالاتفاق بينهما ؟ وما شكل العلاقة بالأبناء ؟ وهل يتابعهم من الناحية الدراسية ؟ وما هى العلاقة بينه وبين الاقارب ؟ . . . . الخ.

واذا كانت الزوجة هى المريضة ، فان الاخصائى الاجتماعى عليه ان يحدد كيفية ادائها لادوارها فى المنزل كأم وربة بيت ، وكذلك انعكاس مرضها على علاقاتها بزوجها وأبنائها وتأثير حالتها المرضية على دورها فى العمل ان كانت تعمل خارج المنزل وهل مازالت تشترك فى قيادة الاسرة وتوجيه الابناء ؟ وشكل الاتصال الحالى بأقاربها وجيرانها وكيفية تدبيرها شئون المنزل ...الخ.

واذا كان المريض هو الابن فلابد من التعرف على اثر مرضه على دوره داخل الاسرة ودوره كطالب ، ومدى استجابته لتوجيهات الوالدين ، وعلاقته [illegible]

٤ ـ تحديد الفرق بين ما يؤديه المريض النفسى فعلا فى ادائه لادواره وبين الصورة المتوقعة منه من جانب المجتمع والأخرين المشاركين فى الدور:

فى هذه الحالة يقوم الاخصائى الاجتماعى بالتعاون مع المريض النفسى (سواء كان الزوج او الزوجة او احد الابناء) بتحديد الفرق بين الدور الممارس والدور المتوقع منه كما يراه المجتمع ممثلا فى هيئاته وافراده .

٥ ـ العمل على فهم موقف المريض النفسى والمشكلات التى تعترض علاقته بالأخرين :

ويقوم الاخصائى الاجتماعى برسم صورة واضحة للعلاقات والتفاعلات التى تنشأ بين المريض النفسى والاخرين وخاصة فى النسق الاسرى لان هذا النسق هو الذى يهيىء للمريض الجو النفسى الملائم ويمكن من خلاله مساعدة المريض على تخطى هذه المرحلة الحرجة من حياته ، ويصل الاخصائى الى

الصورة الحقيقية لموقف الاسرة من المريض والمشكلات التى تعترض العلاقة بينهما ومدى تقبل الاسرة للمريض بعد اصابته بالمرض ومدى استعدادها للمشاركة فى تنفيذ خطط العلاج .

ثانيا : التشخيص الاجتماعى فى ضوء نظرية الدور . . Social Diagnosis

يعد التشخيص خطوة بينية تقع بين عمليتى الدراسة والعلاج ، ففى عملية الدراسة يجمع الاخصائى الاجتماعى الحقائق والمعلومات حول المشاكل التى يعانى منها العميل . أما فى عملية التشخيص " فانها العملية المهنية التى توضح كيفية حدوث المشكلة حتى يمكن علاجها وهى عملية عقلية يمارسها الاخصائى بتحليله للحقائق السابق جمعها ليفسر بها اسباب المشكلة، ويعتمد التشخيص على مهارة الاخصائى وكفاءته فى ربط الحقائق واستخلاص ما يراه من عوامل ادت الى المشكلة او اسهمت فى خلقها بدرجة او بأخرى كما يعتمد على موضوعية الاخصائى وتحليل الحقائق تحليلا موضوعيا دون تحيز او تدخل للعوامل الذاتية او معاييره الخاصة " [١].

والتشخيص الاجتماعى فى اطار نظرية الدور هو العملية التى يتمكن من خلالها الاخصائى الاجتماعى الوصول الى العوامل التى ادت إلى حدوث الخلل فى اداء الادوار ، وهذه العوامل هى : [٢]

١ ـ عوامل ذاتية ترجع للعميل نفسه :

وهى تلك العوامل التى لعبت شخصية العميل دورا فى احداثها ومن اهم هذه العوامل مايلى :

---

(١) عبد الفتاح عثمان واخرون ، مقدمة فى الخدمة الاجتماعية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٥ ، ص ص ١٨٢ ـ ١٨٣ .

(٢) احسان زكى عبد الغفار ، واخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٤١ ـ ٤٤ .

أ ـ ادراك الدور : قد لايدرك الشخص شاغل الدور متطلبات هذا الدور بالدقة الكافية اما لحداثة الدور بالنسبة له او لانه لم يتدرب على القيام بهذا الدور ، فالعامل الذى التحق باحدى المصانع حديثا دون ان يتلقى أى تدريب من قبل قد يؤدى ذلك الى اصابته من احدى الآلات او يستهزأ به زملاؤه ، وينتج عن ذلك ان يشعر بالقلق والاحباط وربما يزداد هذا القلق اذا وقع عليه رئيسه المباشر عقابا ما " والزوجة التى تزوجت حديثا قد يكون الدور الجديد غامضا عليها لأنها لم تتعلم متطلبات هذا الدور [١] ، وايضا المريض النفسى الذى طلب منه الفريق المعالج بالعيادة النفسية الانتظام فى الحضور للعيادة فى مواعيد محددة لتلقى العلاج النفسى والاجتماعى قد لايدرك متطلبات دوره الجديد كمريض مما يشعره بالقلق والتوتر او رفض العلاج .

ب ـ قد يتطلب الدور صفات فى الشخصية لاتتوفر لدى شاغل الدور ، فالطالب الذى التحق باحدى الكليات التى لايرغب فى الدراسة بها قد يعرضه ذلك للرسوب اكثر من مرة وقد يفصل من الكلية وتسوء حالته النفسية ، والابن الذى لم يتحمل اى مسئولية فى صغره قد يفشل فى دوره كرب اسرة ، والطفل الذى يدلله ابواه ويلبيان جميع مطالبه قد يتعرض للاحباط اذا لم يجد فرصة عمل فى المستقبل وقد يفشل فى آداء دوره لو التحق بعمل ورفض المدير احد مطالبه .

ج ـ ضغط الدور قد يعرض شاغل الدور الى الفشل لانه يقوم بالعديد من الادوار التى تصبح فوق طاقته وامكانياته الشخصية مما يوقعه فى صراع الادوار وعدم ادائها بصورة متوازنة .

---

(١) محمد شريف صفر واخرون ، نحو بناء النظرية فى خدمة الفرد ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩٠ .

د - تعدد الادوار التى يشغلها الفرد قد يؤدى الى وجود تناقض فيما بينها فالعامل الذى اصيب بحالة نفسية اصبح لايستطيع معها الذهاب لعمله فى مواعيده المحدده ، فهو من ناحية يرغب فى العلاج وقد يفرض عليه دوره الجديد كمريض نفسى الانتظام فى ايام محددة فى العلاج ، ومن ناحية اخرى فهو يرغب الا يتغيب عن عمله حتى لا يتعرض الى خصم الحوافز والبدلات التى تمنح له والتى يحتاجها بشدة.

٢ - عوامل بيئية ترجع للمشتركين مع الفرد فى اداء ادواره وللمحيطين به:

سبق ان اوضحنا ان الانسان يشغل العديد من المكانات الاجتماعية التى ينتج عنها ادوارا متعددة واثناء شغل الفرد لدوره يوجد له مشاركين فى اداء الدور، وحتى يحدث التوافق لابد ان يكون هناك اتفاق بين توقعات الدور وتوقعات المشاركين له فى اداء الدور ، وعدم حدوث هذا التوافق هو الذى يؤدى الى الفشل فى اداء الدور .

فالمريض النفسى الذى هو عضو فى النسق الاسرى سواء كان زوج او زوجة او ابن يقوم بالعديد من الادوار يشترك معه اخرون فيها ، وفى بعض الاحيان لا يحدث الاتفاق بين المريض النفسى والمشتركين معه فى الدور .

ويمكن توضيح ذلك على النحو التالى :

أ) قد يكون ادراك الزوج المصاب بالمرض النفسى مختلف عن ادراك زوجته ، فقد يرى الزوج ان من واجب الزوجة ان تداوم على الذهاب معه الى العيادة النفسية وتنظيم له مواعيد تناول العلاج فى حين ان الزوجة ترى انه لابد من الاعتماد على نفسه فى كل ذلك ، وقد يرى الابن

المريض نفسيا أنه غير قادر على الاستذكار فى ظل ظروف مرضه فى حين يرى افراد اسرته انه لابد ان ينتظم فى الدراسة ويواظب على الاستذكار اولاً باول حتى لا يتعرض للرسوب اخر العام .

ب) قد يجبر المريض النفسى على اداء دور معين هو غير اهل له ولم تؤهله طبيعة شخصيته للقيام به ، كأن يطلب منه مساعدة الابناء فى الاستذكار فى حين ان حالته المرضية لا تؤهله لذلك خاصة اذا كان من ضمن اعراض المرض التوهان وعدم التركيز .

ج) قد يتحمل المريض النفسى اداء دورا كان يؤديه شخص اخر فى محيط بيئته الاجتماعية مما يجعله يتحمل ادوارا ومسئوليات فوق طاقته تؤثر على ادائه لادواره الاخرى ، كأن يتوفى والده الذى كان يتولى الانفاق على الاسرة ،ويترتب على ذلك بحثه عن عمل بعد انتهائه من اليوم الدراسى ليساهم فى نفقات الاسرة .

د) تعارض توقعات المشاركين فى اداء الدور فيما بينهم قد يؤدى الى فشل شاغل الدور مثال ذلك الاب يتوقع من ابنه ان يبحث عن عمل فى الاجازة الصيفية ليساعده فى نفقات الاسرة ، بينما الام ـ ترى ان الاجازة الصيفية يجب ان يأخذها الابن كفترة للترويح عن النفس وتجديد نشاطه ليستقبل عامه الجديد بالحماس والنشاط ويؤدى هذا التعارض الى الصراع الذى يجعل شاغل الدور يقع فى حيرة لاى الطرفين يستجيب ؟

خطوات التشخيص : . . . . Diagnosis Steps

تتمثل خطوات التشخيص الاجتماعى فى ضوء نظرية الدور فيما يلى : (١)

١ ـ تحليل العوامل المتعلقة بالمشكلة او الموقف ، وتحديد ما هى العوامل الذاتية الراجعة الى المريض والعوامل البيئية المتعلقة بالمجتمع وبالمحيطين به .

٢ ـ تحديد اى الادوار او الدور الذى فشل فيه المريض كلية او فى جزء منه .

٣ ـ تحديد نقط الصراع فى اداء الفرد لادواره ، فقد تكون نتيجة لتعارض توقعات المشاركين له فى الدور او غموض الدور بالنسبة لشاغله . . . . الخ .

٤ ـ تحديد هل الفشل فى اداء الدور راجع الى عدم تحديد المجتمع لطبيعة هذا الدور .

٥ ـ تحديد هل الفشل فى اداء الدور راجع الى عدم معرفة المريض بطبيعة دوره .

٦ ـ تحديد اى مناطق الفشل قابلة للتعديل وايها غير قابلة للتعديل .

٧ ـ رسم خطة العلاج المناسبة والتى تتلاءم مع طبيعة شخصية المريض ومع ظروفه البيئية والمجتمعية الملائمة .

العلاج من منظور نظرية الدور :

اختلفت وتعددت تعاريف العلماء للعلاج وذلك باختلاف اهتمام كل منهم ، ومن هذه التعاريف ما يلى :

---

(١) احسان زكى عبد الغفار ، واخرون ، الاتجاهات المعاصرة فى خدمة الفرد ، مرجع سابق ذكره ، ص ص ٢٣ ـ ٢٤ .

يعرفه احمد السنهورى : بأنه " مجموعة الجهود والخدمات التى يمكن للاخصائى الاجتماعى بالاشتراك مع العميل ان يجعلها ذات اثر فعال فى شخصية العميل والظروف البيئية المحيطة به حتى يصل الى درجة من الاشباع السليم والقدرة على الاعتماد على نفسه فى تناول اموره " (١) .

وتعرفه فاطمه الحارونى بانه : " العمل على تحسين الوظيفة الاجتماعية للعميل عن طريق العلاقة المهنية والحصول على الخدمات التى يشير بها التشخيص السليم بواسطة السيطرة على البيئة والتأثير فى السلوك " (٢) .

ويعرفه اخرون : بأنه " الجهود والخدمات التى تقدم للعميل على ضوء التشخيص والتى تؤدى الى حل المشكلة التى تقدم بها ، وهو نوعين اما علاج ذاتى موجه الى شخصية العميل او علاج بيئى موجه الى ظروفه البيئية (٣) .

وبالنظر الى التعريفات السابقة للعلاج نجدها ترتكز على الجوانب التالية:

١ ـ العلاج عملية مشتركة بين الاخصائى الاجتماعى والعميل .

٢ ـ يستهدف العلاج التأثير فى شخصية العميل وفى المحيطين به وتحسين الاداء الاجتماعى للعميل .

٣ ـ **العلاج نوعان** : علاج ذاتى وهو الذى يتم من خلاله تعديل شخصية العميل تعديلا نسبيا او تعديلا جذريا ، وعلاج بيئى يتم من خلاله التأثير فى المحيطين بالعميل .

---

(١) احمد عبد الحكيم السنهورى ، اصول خدمة الفرد ، المكتب المصرى الحديث للطباعة والنشر ، الاسكندرية ، ١٩٦٥ ، ص ٢٧٥ .

(٢) فاطمة مصطفى الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧٠ ، ص ٢٦٢ .

(٣) عبد الفتاح عثمان واخرون ، مقدمة فى الخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٨٣ .

٤ ـ تستثمر الموارد البيئية المتاحة في المجتمع لمساعدة العميل فى التغلب على مشكلته .

٥ ـ الهدف النهائى هو مساعدة العميل على الاعتماد على نفسه فى تناول مشكلاته المستقبلية .

ويقوم التدخل العلاجى وفقا لنظرية الدور على الافتراضات التالية : (١)

١ ـ ان التنشئة الاجتماعية للعميل تتأثر بالادوار التى تعرض لها العميل من اشخاص بيئته فى الماضى والحاضر .

٢ ـ ان مشكلات العميل الانفعالية والاجتماعية ترجع الى عمليات التعلم الخاطىء للادوار او لتعليم عادات الدور غير المقبولة اجتماعيا .

٣ ـ ان العلاقة بين الاخصائى والعميل هى خبرة تعليمية جديدة ووسيلة علاجية هامة لتعليم العميل .

وباختصار فان العلاج من خلال نظرية الدور يمكن ان يتناول الجوانب التالية : (٢)

١ ـ تعليم العميل الصورة التى يجب ان يكون عليها دوره وفقا لما يتوقعه منه الاخرين .

٢ ـ حينما يكون عجز الفرد عن اداء دوره راجع الى نقص مهارة وقدرة الفرد على آداء فمن الممكن ان يتم توفير الفرصة التى تساعد على اكتساب هذه المهارة .

---

(1) Herbert S.strean, Role Theory, Op. cit, P.333 .

(٢) احسان زكى عبد الغفار ، الاتجاهات المعاصرة فى خدمة الفرد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص٢٤ـ٢٦ .

٣ ـ مساعدة العميل على ايجاد التوازن والتكامل بين ادواره وهذا يأتى عن طريق توضيح الاخصائى الاجتماعى للعميل الجوانب الهامة فى كل دور بحيث ان اهمال اى منها يؤدى الى الصراعات والوقوع فى المشاكل .

٤ ـ اعادة توزيع للادوار داخل النسق ـ فمثلال داخل نسق الاسرة بدلا من ان تتحمل الزوجة كل اعباء المنزل من الممكن ان تساعد الزوج على ان يتقبل ببعض الادوار حتى يستطيع النسق ككل من اداء وظيفته الاجتماعية المتوقعة منه وذلك عن طريق تخفيف ضغوط الدور على احد افراد الاسرة ومشاركة فرد اخر فى تحمله للمسئولية وآداء هذه الادوار .

٥ ـ العمل على التوفيق بين توقعات الاخرين بالنسبة لفرد معين يؤدى دور معين .

٦ ـ من الممكن الاستفادة من مصادر المساعدة فى المجتمع لمساعدة فرد ما على القيام بدوره .

الانتقادات الموجهة الى نظرية الدور :

يعارض البعض فكرة وجود نظريات فى العلوم الاجتماعية ، ويبررون معارضتهم بأن النظرية ينبغى ان تكون قادرة على الضبط والتحكم وتكون النتائج ثابتة اذا اختبرت عن طريق اكثر من باحث وفى ظل شروط معينة ، ولما كان السلوك الاجتماعى يصعب التحكم فيه نظرا لانه يرتبط بالاشخاص وبالمواقف المختلفة ، وربما صدر سلوك من شخص فى موقف معين ما يختلف عن سلوك نفس الشخص فى موقف مشابه فى وقت اخر

وهذه الانتقادات :

١ ـ تعد نظرية الدور من النظريات الحديثة نسبيا ، كما انه لم تكتمل لها بعد مقومات النظرية النموذجية [١] .

٢ ـ عجزت نظرية الدور عن تقديم الكيفية التى يتم بها التعديل الذاتى او البنائى ، فهى تقول بتغيير الدور او بخلق ادوار ، وهكذا دون ان توضح الاساليب الواجب اتباعها لتحقيق هذه الاهداف [٢].

ويرى الباحث انه يمكن مناقشة هذه الانتقادات فيما يلى :

أولا : بالنسبة لفكرة معارضة وجود نظريات فى العلوم الاجتماعية :

من المعروف ان النظرية العلمية لها مستويات ثلاثة وهى :

(أ) نظرية محدودة المدى .

(ب) نظرية متوسطة المدى .

(جـ) نظرية متقدمة او دقيقة .

ولما كانت العلوم الاجتماعية فى تطورها لم تصل بعد الى دقة العلوم الطبيعية التى وصلت الى نظريات قادرة على الضبط والتحكم فى المتغيرات التى تحاول ان تثبت صحتها وذلك لاسباب [illegible] اهمها ان السلوك الاجتماعى متغير باستمرار ، فانه من الممكن القول ان [illegible]رة وجود نظرية فى العلوم الاجتماعية اصبحت تمثل ضرورة تساعد الباحث على ان يجرى [illegible] فى ظل ضوابط وتثبيته للمتغيرات التى يمكن ان تؤثر على التجارب حتى يمكن التوصل الى قدر

---

(١) عبد العزيز فهمى النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، الجزء الثانى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤ .

(٢) عبد الفتاح عثمان ، المدارس المعاصرة فى خدمة الفرد ، نحو نظرية جديدة للمجتمع العربى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٨ ، ص ٤٣ .

معقول من الدقة فى العلوم الاجتماعية ، ويمكن ان يطلق على النظريات فى العلوم الاجتماعية " النظريات المحدودة " أو " المتوسطة المدى " .

ثانيا : بالنسبة للانتقادات الموجهة الى نظرية الدور :

١ ـ بالنسبة للنقد الاول الذى يرى ان نظرية الدور نظرية حديثة نسبيا وانها لم تكتمل لها مقومات النظرية النموذجية ، فانه يمكن مناقشة هذه الرأى بانه لا توجد نظرية متكاملة وذلك لاتساع نشاطات الحياة وظهور التخصص ، وعلى ذلك فاى نظرية تتناول الظاهرة من زاوية معينة وليس من كافة الجوانب وذلك لاستحالة دراسة الظاهرة من جميع جوانبها [١].

٢ ـ بالنسبة للرأى الذى يرى ان نظرية الدور عجزت عن تقديم الكيفية التى يتم بها التعديل الذاتى او البيئى ، فان النظرية يمكن اختبارها فى الميدان ، وان هذا الاختبار يؤدى بالنظرية الى مزيد من الدقة العلمية . [٢] وقد تم اختبار نظرية الدور فعلا فى الميدان واثبتت أن اساليبها قادرة على تقديم الكيفية التى تم بها التعديل الذاتى والبيئى " وتستمد نظرية الدور اساليبها العلاجية من الاتجاهين التحليلى والسلوكى .[٣]

---

(١) عادل محمد موسى جوهر ، العلاقة بين ممارسة نظرية الدور فى خدمة الفرد وأثر ذلك على الاداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧ ، ص ٦١ .

(٢) كمال سعيد صالح ، البحث الاجتماعى فى الخدمة الاجتماعية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٤ ،ص١٩٧.

(3) Herbert S.strean, Role Theory, Op. cit, P.333 .

الفصل السابع

الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى مجال الأمراض النفسية

- مقدمة .
- نشأة العيادات النفسية وأهدافها .
- الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، ولماذا دخلت الخدمة الاجتماعية هذا المجال ؟
- دور الاخصائى الاجتماعى فى العمل مع الحالات الفردية .
- دور الاخصائى الاجتماعى فى العمل مع الجماعات العلاجية .
- دور الاخصائى الاجتماعى فى العمل مع المنظمات المحلية .
- دور الاخصائى الاجتماعى مع الفريق العلاجى .
- العلاقة بين الصحة النفسية والتنمية .

مقدمة عامة :

سنحاول فى هذا الفصل بمشيئة الله تقديم عرض مختصر لنشأة العيادات النفسية وأهدافها ، وكيف تطور العلاج من كونه علاجا يعتمد على الخرافة والتعذيب إلى أن أصبح علاجا شمولياً ينظر للشخصية من كافة جوانبها ، ثم يلى ذلك عرض لطبيعة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى العيادات النفسية يتم فيها توضيح الدور الذى يقوم به الأخصائى سواء كان ذلك من خلال ممارسته لطرق الخدمة الاجتماعية أو دوره فى العمل مع الفريق العلاجى ثم يختم الفصل بتوضيح العلاقة بين الصحة النفسية التنمية التى ينشدها المجتمع فى الوقت المعاصر .

أولا : نشأة العيادات النفسية :

يتحدد تاريخ انشاء اول عيادة نفسية فى العالم بعام ١٨٩٦ ، حينما كان ليتترويتمر .... Lightner Witmemr مهتما بدراسة الاطفال المتخلفين عقليا وقد قام بهذه الدراسة فى المعمل السيكولوجى بجامعة بنسلفانيا ، وكان من نتيجة هذه الجهود ان تقدم باقتراح " للرابطة السيكولوجية الامريكية " A . P . A بانشاء عيادة نفسية تضم مثل هؤلاء الاطفال .

وفى عام ١٨٩٨ عين " ر.ت . ويلى " . Wylie . T . R " وهو سيكولوجى وطبيب فى مؤسسة ضعاف العقول فى " فاريبولت ـ مينسوتا " . . . . Faribault Minesota . . . " وقد تناول جزء كبير من نشاطه اختبار الاطفال الموجودين بهذه المؤسسة حتى عملت سبع حجرات خصصت للبحوث والاعمال الاكلينيكية ، وكان هذا فى عام ١٩٠٠ م .

وفى عام ١٩٠٥ خصصت مدرسة تدريب ضعاف العقول فى فاينلاند بولاية نيوجيرسى Training School For The mental retardation قسما للبحوث التى تهدف الى تطوير اعمال ووظائف العيادات النفسية ـ ومنذ ذلك الوقت بدأت تتوالى انشاء العيادات النفسية .

اما مصر فقد انشئت اول عيادة نفسية فى عام ١٩٣٤ م . ـ بمعهد التربية للمعلمين بالقاهرة وقبل ذلك انشئت مصلحة الصحة العقلية عام ١٩٢٣ عيادة نفسية الحقت بمستشفى الامراض العقلية بالعباسية ثم انشئت العيادة النفسية بالقصر [illegible] عام ١٩٤٥ وهى اول عيادة نفسية خارج [illegible] جامعى وفى عام [illegible]م . افتتحت عيادة نفسية بكل من مستشفى المنيرة وبولاق ، وانشئت وظيفة باحث اجتماعى فى مصلحة الصحة العقلية للقيام بمتابعة الحالات المترددة على العيادتين واستمر انشاء العيادات التابعة للصحة المدرسة فى الاسكندرية عام ١٩٥٩م . ـ واسيوط عام ١٩٦٠م . ـ وكانت تهدف هذه العيادات الى توجيه العلاج المباشر نحو الطفل ، ثم اصبح العلاج المتكامل الذى يشمل كل من الطفل والابوين ، واستمر انشاء العيادات النفسية التربوية التابعة للجامعات ، فأنشئت عيادة نفسية فى معهد التربية للبنات (كلية البنات حاليا) واخرى فى كلية الاداب، وفى عام ١٩٦٠م . ـ بدأت وزارة الصحة فى تعميم العيادات النفسية الملحقة بالمستشفيات العامة .

وفى عام ١٩٦٤م . روعى فى تصميم المستشفيات العامة الجديدة ان يوجد بها عيادات نفسية بها اقسام داخلية فى المستشفى ، واستمر انشاء العيادات حتى اصبحت هناك عيادة نفسية على الاقل بكل محافظة فضلا عن العيادات النفسية الملحقة بكليات الطب بمعظم الجامعات .

أهداف العيادات النفسية :

تهدف العيادات النفسية بصفة عامة الى تحسين قدرة المريض النفسى على مواجهة ما يعترضه من مشكلات والتصدى لعلاجها على اسس واقعية وعلى تكييف نفسه لظروف معيشته واستثمار ما لديه من امكانيات أفضل استثمار ممكن.

ولكى تحقق العيادات النفسية هدفها العام ، فانها تسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الفرعية يمكن اجمالها على النحو التالى :

أ ـ أهداف علاجية .

ب ـ أهداف تثقيفية ووقائية .

جـ ـ أهداف علمية وتدريبية .

وفيما يلى شرحا لهذه الأهداف :

أولا : الاهداف العلاجية :

لكى تحقق العيادات أهدافها العلاجية فهى تستعين بمجموعة من المتخصصين فى مختلف الجوانب الطبية والنفسية والعقلية والاجتماعية ، ويقوم كل متخصص بدراسة مشكلات المريض النفسى من زاوية تخصصه وتقديم هذه المعلومات الى رئيس الفريق العلاجى وهو الطبيب لوضع خطة العلاج الشاملة والتى تغطى اوجه الاضطراب فى الشخصية ، وفى كثير من الاحيان يشمل هذا العلاج تغيير نظرة المريض بالنسبة لنفسه وللآخرين وللمشكلات التى تعترضه فى الحياة وارشاده الى تحقيق التوازن فى شتى نواحى حياته وتعديل الظروف البيئية والاسرية التى يعيش فى ظلها والتى لعبت دورا فى اصابته بالمرض من خلال تغيير معاملة الوالدين أو المدرسين أو زملاء العمل .

ثانيا : الاهداف التثقيفية والوقائية :

تسعى عيادات ومستشفيات الصحة النفسية إلى أن تكون مركزاً للاشعاع الثقافى فى البيئة التى توجد فيها من خلال عدة اساليب للاتصال بالجمهور كالندوات والمحاضرات وحلقات المناقشة واصدار النشرات والكتيبات وتدعو لذلك الآباء والقيادات المختلفة التى لها علاقة بتعليم وتنشئة الاطفال والتلاميذ وتبرز من خلال هذه الوسائل كيف يمكن تنشئة الأبناء على أسس سليمة وتغيير اتجاهات الوالدين تجاه معاملة ابنائهم وتستعين فى تحقيق هذا الهدف بالموارد المجتمعية المختلفة سواء كانت موارد بشرية كالأخصائيين الاجتماعيين او اطباء الصحة المدرسية او الاذاعة او الصحافة او موارد مادية وغيرها .

ثالثا : الاهداف العلمية والتدريبية :

لاشك ان العيادات النفسية تعد مجالا خصبا للاستفادة منها فى إختبار الاساليب والنظريات العلاجية التى يستخدمها المتخصصون فى العلاج النفسى ، وذلك للتحقق من فاعلية هذه النظريات من اجل الابقاء عليها اذا اثبتت التجربة صلاحيتها او تغييرها ان كان يشوبها قصور .

كما ان العيادات النفسية تقوم بدور كبير فى تدريب الاطباء والاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين ويتم ذلك تحت اشراف زملائهم القدامى الذين اكتسبوا خبرة كبيرة من خلال ممارستهم للعمل فى العيادات النفسية .

وبقدر الجهد الذى يبذل فى إعداد وتدريب الممارس بقدر ما يساهم فيما بعد فى تقدم الممارسة لمهنته ويساعد فى تخفيف الام المرضى النفسيين ويتحقق لدوره الكفاءة والفاعلية .

الاتجاهات الحديثة فى علاج الامراض النفسية :

لقد ساد فى فترة من الزمن الاعتقاد بأن المرضى النفسيين لاعلاج لهم سوى حبسهم فى اماكن بعيدة حتى يمكن التخلص منهم ، " فكم من الآلاف قتلوا وحرقوا بسبب اعتقاد الناس والحكام ان الشيطان يلبس اجسام المرضى ، وحينما كان هذا الاعتقاد سائدا كان الجوع والعطش والضرب بالسياط هو العلاج اعتقادا بان الاكل يهيج المريض والضرب يهدئه " . (١)

" وفى اواخر القرن الثامن عشر اصيب احد الملوك بمرض المرح وقد عومل المريض الملكى معاملة سيئة مما حدا بطبيبه الخاص الى اثارة موضوع العنف امام مجلس الامة واستطاع أن يستخلص تشريعا بابطال العنف مع المرض"(٢) .

وبتطور العلوم المختلفة وظهور النهضة العلمية فى المجالات الطبية والسياسية والاجتماعية ، بدأ الطب النفسى يزدهر وانشئت العديد من العيادات والمستشفيات النفسية التى تعالج المرضى النفسيين .

السمات الأساسية للعلاج النفسى الحديث :

هناك العديد من الخصائص والسمات التى يتسم بها العلاج الحديث للامراض النفسية . وفيما يلى هذه الخصائص :

١ ـ من بين السمات العلمية للعلاج اليوم ، وخاصة فى المستشفيات والعيادات الكبرى أنه اصبح يقوم به فريق من الاطباء النفسيين والاخصائيين

---

(١) عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى ، مرجع سبق ذكره، ص ص١٢ـ١٣.

(٢) المرجع السابق ، ص ١٣ .

الاجتماعيين والنفسيين ولم تعد مهمة العلاج مقصورة او محصورة فى يد اخصائى واحد بعينه ، وذلك ضمانا للوصول بالعلاج الى اقصى درجات الكفاءة والدقة . (١)

٢ ـ تذهب النظريات المعاصرة الى ان الشخصية عبارة عن نسق متكامل جسميا ونفسيا وسلوكيا وعقليا وان السلوك النهائى للفرد تتفاعل فيه كافة هذه العوامل مجتمعة ، ولذلك فان وراء اصابة عضو من الاعضاء البيولوجية عوامل اجتماعية ونفسية وعقلية ايضا ، بل انه تبعا لذلك فان علاج هذا العضو او ذاك ـ طبيا فقط ـ لن يمنع من تكرار الاصابة بالمرض مرة اخرى (٢) ولذلك فان العلاج المتكامل ينبغى أن يشمل النواحى الطبية والنفسية والاجتماعية دون اغفال أياً منها .

٣ ـ اصبحت تتسم مناهج العلاج النفسي بالطابع الانسانى والخلقى فى معالجة المريض النفسي ولم يعد مقبولا اهانته او ايذائه او تحقيره او النيل من كرامته .

٤ ـ لم يعد العلاج مقصورا على مجرد ازالة بعض الأعراض المرضية التى يشكو منها الفرد ، بل إنه يتصدى لعلاج الاضطرابات السلوكية التى يعانى منها بعض الافراد من المرضى ، والتى تمنعهم من التكيف تكيفا سليما فى مجالات المدرسة والعمل والحياة عموما . (٣)

٥ ـ اتجه العلاج النفسى الحديث الى علاج المريض النفسى فى بيئته الطبيعية، لان عزل المريض لمدة طويلة فى المستشفى يجعله ينعزل عن الاسرة والبيئة ويشعر فيما بعد بالاغتراب وعدم التكيف وان كان ذلك يتطلب

---

(١) عبد الرحمن العيسوى ، الاسلام والعلاج النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢١ .

(٢) محمد السيد الهابط ، التكيف والصحة العامة ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٨٢ ، ص ١٠٢ .

(٣) مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٨٧ .

توعية الاسرة بأسلوب معاملة المرضى النفسيين وتهيئة المناخ الاسرى السليم لعلاج المريض .

٦ ـ استحدثت اساليب علاجية جديدة بناءا على التقدم الذى حدث فى تشخيص الامراض النفسية ، ومن هذه الأساليب العلاج بالعقاقير المهدئة ، العلاج بالصدمات الكهربائية ، العلاج الاسرى ، العلاج السلوكى ، العلاج الجماعى ، العلاج النفسى الفردى ، العلاج بالعمل ، العلاج باللعب ، العلاج المحيطى ، العلاج بالحميات ، العلاج الطبيعى ، العلاج الروحى .

٧ ـ بعد ان كان علاج المرضى النفسيين الكبار والصغار يتم فى مكان واحد ، اصبحت هناك مستشفيات وعيادات نفسية لكل منهما على حدة .

٨ ـ يتسم علاج الامراض النفسية اليوم بان اصبح علاجا شموليا يتناول الشخصية من كافة جوانبها الجسمية والعقلية والروحية والخلقية والاجتماعية والعلمية والعملية والاسرية . . الخ وواقعيا لايعتمد على الامور الفلسفية او الوهمية او الخيالية .

الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي :

لقد اتسع فى القرن الحالي مجال ممارسة الخدمة الاجتماعية النفسية واثبتت الممارسة أهمية فهم كافة ابعاد الموقف الإجتماعى والظروف النفسية للمريض باعتبارها عوامل مؤثرة بدرجات مختلفة فى الحالة النفسية واقتضى ذلك ان يعمل الاخصائى الإجتماعى ضمن فريق يضم فى كثير من الأحيان الطبيب النفسي والاخصائى النفسى واخصائى التغذية واخصائى التأهيل والعلاج الطبيعى. (١)

(١) اقبال محمد بشير ، سامية محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، المكتب الجامعى الحديث، الاسكندرية ، ١٩٨٥ ، ص ٢ .

ويتطلب عمل الاخصائى الاجتماعى فى هذا المجال قدرة ومهارة على المشاركة الدائمة لهذه التخصصات فى الافكار واساليب العمل ، واضعا امامه دائما الحاجة لتنمية قدراته على الاتصال بأعضاء فريق العمل . (١)

وتعد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مجموعة من الافعال والانشطة التى تكون دورا مهنيا للاخصائى الاجتماعى وتفسر سلوكه المهنى وفق قيم ومبادىء المهنة بهدف مساعدة العملاء على تحسين احوالهم المعيشية ورفع ادائهم الاجتماعى باستخدام طرق وتكنيكات الخدمة الاجتماعية بارادة واعية وفهم متكامل وبأسلوب تكاملى .

ويعرض المؤلف فيما يلى الادوار المهنية للاخصائى الاجتماعى فى مجال الامراض النفسية .

أولا : الدور المهنى للاخصائى الاجتماعى فى ميدان الطب النفسى :

سبق ان حددنا مفهوم الممارسة المهنية فى المجال النفسى ولا شك ان تطبيق هذا المفهوم يتطلب الاعداد الجيد للاخصائى الاجتماعى فى هذا المجال ليصبح لديه القدرة على تطبيق طرق الخدمة الاجتماعية بمنظور متكامل .

ونقدم هنا تصوراً لما يجب أن يكون عليه دور الاخصائى الاجتماعى ، وهذا التصور مبنى على البحوث التى قام بها الباحث ومن خلال خبرته العملية فى هذا المجال .

---

(١) المرجع السابق ، ص ص ٢ ـ ٣ .

ويمكن النظر لمفهوم الدور من عدة زوايا يمكن ان يكمل كل منها الاخر ، فهناك الدور الموصوف . . . . . . Presscribed role او توقعات الدور Role expection وفى اطار ذلك يصبح الدور مجموعة من التوقعات التى يتوقعها الاخرون من الاخصائى الذى يعمل فى المجال النفسى .

ومن زاوية اخرى يمكن النظر الى الدور الممارس على انه السلوك الفعلى الذى يسلكه الاخصائى الاجتماعى بالفعل فى علاقته مع المرضى النفسيين اثناء قيامه بدوره وفى علاقته مع المشاركين له فى آدائه لدوره كأعضاء الفريق العلاجى .

ولما كان استخدام الاسلوب التكاملى هو الذى يميز ممارسة الخدمة الاجتماعية بكل طرقها فى المجال الواحد فانه يمكن تحديد اهم الانشطة التى يجب ان يقوم بها الاخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى المجال النفسى على النحو التالى:

أولا : دور الاخصائى الاجتماعى مع الحالات الفردية :

- أن اهم ما يجب ان يقوم به الاخصائى الاجتماعى فى عمله مع الحالات الفردية هو فهم شخصية المريض النفسى وسلوكياته واعراض مرضه وتأثير حالته المرضية على علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ، وتأثير مرضه على آدائه لدوره - كما يتعامل الاخصائى الاجتماعى مع أسرة المريض النفسى لمساعدتها على فهم طبيعة المرض وكيفية تعاملها مع المريض والتخلص من توهمهم بان المرض النفسى يمثل وصمة عار للأسرة ، كما عليه ان يكون علاقة مهنية مع الاسرة ويستخدم كافة اساليب العلاج لمساعدتها على تقبل المريض ومساهمتها فى علاجه بأقصى ماالديها من قدرات وامكانيات وجعلها بيئة صالحة لاستقبال المريض بعد علاجه .

والهدف قريب المدى الذى يسعى الاخصائى الاجتماعى لتحقيقه هو تخفيف التوترات الداخلية التى يعانى منها المريض النفسى نتيجة اصابته بالمرض اما هدفه بعيد المدى فهو مساعدة المريض النفسى على تحسين ادائه الاجتماعى من خلال توظيف قدراته والعودة الى ممارسة ادواره المختلفة بصورة جيدة .

اما الانشطة النوعية التى يجب ان يقوم بها الاخصائى الاجتماعى فهى :

١ ـ دراسة شاملة عن المريض النفسى (بيئته الاجتماعية ـ علاقاته ـ التاريخ التطورى للاصابة بالمرض ، رد الفعل لدى افراد الاسرة ، الاثر المتبادل بين المريض النفسى والظروف الاسرية) . وذلك لكى تتحقق فردية حالة المريض النفسى .

٢ ـ مساعدة الفريق العلاجى على فهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية والانفعالية المؤثرة على المريض النفسى والمتأثرة به ، ويتطلب ذلك أن يكون لدى الاخصائى الاجتماعى معلومات طبية مبسطة عن الامراض النفسية .

٣ ـ **مساعدة المريض النفسى واسرته على فهم هذه العوامل وكيفية التعامل معها.**

٤ ـ إعداد الاسرة لاستقبال المريض النفسى بعد علاجه طبيا من خلال توعية للاسرة لتقبل المريض النفسى وتهيئة الجو النفسى والعاطفى والاجتماعى له فى الاسرة وايضا فى مكان عمله او دراسته لتعديل توقعات الاخرين عن ادواره ، لانه قد ثبت من خلال الدراسات المختلفة والخبرة العملية أن الاسرة دور فى الاصابة بالمرض النفسى سواء اكان هذا الدور عن قصد او بدونه وبالتالى فينبغى عدم اهمالها عند تقديم العلاج .

د ـ الاستثمار الفعال لموارد المجتمع لمواجهة احتياجات المرضى النفسيين واسرهم ويتضمن ذلك خلق فرص عمل جديدة وتأهيل المرضى لها واعادتهم لاعمالهم ويتطلب ذلك ايضا ان يلم الاخصائى الاجتماعى ببعض قوانين وانظمة التأهيل الاجتماعى والاسر المنتجة وقوانين العمل .

ومما هو جدير بالذكر ان معرفة الاخصائى الاجتماعى بمصادر الخدمات لاتعنى قدرته على تقديم الخدمة للمريض النفسى وانما يساعده على تسهيل الاجراءات .

٦ ـ متابعة حالة المريض النفسى بعد العلاج فى مكان عمله او دراسته واسرته للتعرف على جدوى العلاج والتعرف على اى تغييرات فى سلوكه حتى لاتحدث انتكاسة للحالة ، وذلك من خلال التعاون مع الاخصائيين الاجتماعيين فى مجال العمل او الدراسة ، ويستخدم الاخصائى لاداء دوره الاساليب العلاجية التى تناسب تعديل السلوك والتكنيكات الفنية فى خدمة الفرد مثل (سيكولوجية الذات ـ العلاج الاسرى ـ نظرية الدور ـ العلاج المحيطى ـ العلاج بالساعد . . الخ) .

ثانيا : دور الاخصائى الاجتماعى فى العمل مع الجماعات :

ان تهيئة الفرصة للمريض النفسى عادات وهوايات وتنمية مهارات مفيدة ونافعة يمكن ان يكون من بين افضل طرق العلاج الاجتماعى ويقع ذلك ضمن دائرة طريقة العمل مع الجماعات .

ويختلف العلاج الجماعى عن طريقة العمل مع الجماعات ، حيث ان العلاج الجماعى هو " احد وسائل العلاج النفسى التى تستخدم لعلاج بعض الامراض الانفعالية والعقلية " (١)

كما انه " يهدف الى تقديم مؤثرات علاجية صممت لتوجيه جهود الافراد نحو القيام باوجه نشاط مفيدة او لتصفية الصراعات النفسية بحيث تتحول الى اسلوب طبيعى من اساليب الحياة " . (٢)

ويعرف العلاج الجماعى ايضا بانه " اسلوب مهنى يتبعه اخصائى الجماعة مع الاعضاء سيىء التكيف بهدف الاستفادة من الخبرة الجماعية فى تعديل سلوكهم" . (٣)

اما خدمة الجماعة فهى عملية تربوية اصلا وتعمل على نمو الافراد والجماعات وتغيير المجتمعات وتحقيق الاهداف الاجتماعية المبتغاة ، وتعنى خدمة الجماعة النفسية . Psychiatric group Work او خدمة الجماعة العلاجية . Theraputic انها استخدام خدمة الجماعة كطريقة للعمل مع جماعات المرضى فى مؤسسة العلاج النفسى ونجد ان اخصائى الجماعة هو جزء من فريق العلاج النفسى . (٤)

---

(١) محمد شمس الدين احمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مطبعة مؤسسة يوم المستشفيات لتأهيل المعوقين ، القاهرة ، ١٩٨٣ ، ص ٣٣ .

(٢) محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٢٤ .

(٣) عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد ، خدمة الجماعة أسس وعمليات ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٨ ، ص٤٧.

(٤) محمد شمس الدين احمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٣٣ ـ ٣٤ .

اما الانشطة النوعية التى يجب ان يقوم بها الاخصائى الاجتماعى فهى :

١ ـ توجيه واستخدام جماعات المرضى النفسيين والبرامج كاداة فى إطار خدمة الجماعة لتكوين مفهوم جديد عن الذات لدى المريض النفسى لتكون لديه القدرة على تحمل الصدمات والانفعالات والمشكلات التى قد تقابله فى حياته .

٢ ـ تخفيف حدة التوتر والقلق لدى المريض عن طريق حلقات المناقشة والبرامج والانشطة الجماعية .

٣ ـ تكوين الجماعات الترويحية لتنظيم اوقات الفراغ واستثمارها لتنمية العلاقات الاجتماعية وجذب المرضى الانطوائيين الذين لاتوجد لديهم الرغبة فى المشاركة مع الجماعة .

٤ ـ القيام بعمليات التوعية باسباب المرض النفسى ودور الاسرة فى العلاج واساليب المعاملة الصحيحة للمرضى من خلال تكوينه لجماعات من اسر المرضى .

" وقد اثبتت احدى الدراسات وجود علاقة ايجابية بين استخدام طريقة خدمة الجماعة فى مجال العلاج النفسى الجماعى وزيادة درجة التوافق النفسى والاجتماعى لمرضى العصاب " [١] .

" كما اكدت نتائج دراسة اخرى ان طريقة العمل مع الجماعات يمكن ان تسهم فى اعادة التكيف الاجتماعى لمريض الفصام " [٢] .

لذلك فان الجماعة يمكن ان تستخدم كاداة علاجية يمكن من خلالها مساعدة الافراد الذين يعانون من أمراض نفسية من خلال احداث التفاعل الجماعى

---

(١) ابتسام راشد ، العلاقة بين استخدام طريقة خدمة الجماعة فى مجال العلاج النفسى وزيادة النفسى والاجتماعى ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٧٦ .

(٢) محمد بهاء الدين بدر الدين، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية مع المرضى العقليين، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٧٨ .

وتوجيه الاخصائى الاجتماعى لهذا التفاعل باستخدام اوجه التعبير المختلفة فى البرنامج (كالمناقشة الجماعية ـ المشروع الجمعى الرحلات ـ الندوات ـ حفلات السمر ـ المعسكرات) .

ثالثا : دور الاخصائى الاجتماعى فى العمل مع المجتمع المحلى :

تتعدد مداخل الممارسة فى تنظيم المجتمع ، ويعد مدخل حل المشكلات... Community Problm solving approach من وجهة نظر المؤلف مناسبا يمكن ان يعتمد عليه الاخصائى الاجتماعى (المنظم الاجتماعى) فى تقديم المساعدة للمرضى النفسيين .

والمقصود بحل المشكلة : " هو التدخل المقصود الذى يؤدى الى قيام الناس من خلال منظمات لمواجهة مشكلة محلية معينة " .[1]

ويحدد سبيرجل مراحل عامة لعملية حل المشكلة وهى : [2]

١ ـ مرحلة تحديد المشكلة .

٢ ـ مرحلة الدراسة .

٣ ـ مرحلة التحليل .

٤ ـ بلورة الاهداف .

٥ ـ تخطيط عملية التدخل (وضع برنامج التدخل) .

٦ ـ مرحلة التدخل .

٧ ـ التقييم والارجاع .

---

(1) I rving A. Spergel, Community Problem Solving, the delinquency Problem- Chicago, the university of chicage Press, 1967, P.3 .

(2) Ibid, PP, 3 - 4 .

وطبقا لمدخل حل المشكلة ــ وبالتطبيق على المجال النفسى ــ فان الاخصائى الاجتماعى يجب أن يتعرف على المشكلات التى يعانى منها المرضى النفسيون ، وخصائصهم والجهود التى بذلت من قبل لمواجهة مشاكلهم ، ويضع اهدافا لعملية المساعدة ويخطط للعمل على الوقاية والعلاج من خلال التوصل الى حلول المشكلة التى يعانى منها هؤلاء المرضى ، كما انه يقوم بعملية تقويم مستمرة لجهوده .

اما الانشطة التى يجب ان يقوم بها الاخصائى الاجتماعى فتشمل ما يلى :

١ ــ ايقاظ الوعى لدى افراد المجتمع بحقيقة الامراض النفسية وانها كالامراض الجسمية يمكن علاجها والتغلب عليها .

٢ ــ تغيير صورة هذه الامراض فى اذهان غامة الناس وانها ليست عاراً يلحق بالاسرة.

٣ ــ **تعريف المجتمع بخدمات العيادة النفسية التى يعمل بها فى مجال الوقاية خير من العلاج بما يحقق اقصى استفادة ممكنة من وجود المؤسسة العلاجية فى المجتمع الى جانب الحصول على مساندة وتدعيم المجتمع لهذه المؤسسة .**

٤ ــ **تحقيق التنسيق والتعاون والتكامل بين العيادات النفسية الحكومية والخاصة** للمساهمة فى عقد المؤتمرات والندوات لمناقشة احدث اساليب العلاج الطبى والنفسى والاجتماعى .

٥ ــ تنظيم جماعات عمل مهمتها التوعية داخل المجتمع بالمرض النفسى واثاره وذلك بالاستعانة بوسائل الايضاح السمعية والبصرية .

٦ ــ اجراء البحوث الاجتماعية المرتبطة بخصائص المرضى النفسيين وتحليل الاساليب الاجتماعية العامة التى تؤدى الى نشأة الظروف الدافعة للإصابة بالمرض النفسى عن طريق تحليل العوامل والظروف الطارئة فى

المجتمع كالتغيرات المادية والتكنولوجية وعوامل التحضر والتصنيع وغيرها التي لم يستطع الانسان التواكب معها .

رابعا : دور الاخصائي كعضو في الفريق العلاجي بمؤسسات الصحة النفسية :

ان عملية العلاج من المرض النفسي تقتضي النظر لشخصية الانسان من منظور متكامل كجسم ونفس وبيئة ، مما ادى الى اشتراك اكثر من تخصص في العلاج من المرض النفسي .

ويعرف العمل الفريقي بأنه " العمل الذى يؤديه مجموعة من الافراد لهدف واحد محدد ويجمع بينهم ليس فقط التعاون في الاداء بل يشمل احساس افراد الفريق بالاحتياج لبعضهم البعض وتقدير الخبرات العلمية للتخصصات المختلفة المشاركة في تنفيذ العمل ، ويتحدد دور عضو الفريق من منظور العمل الذى يقوم به وكذلك من منظور ورؤية باقى اعضاء الفريق " (١)

كما يعرف ايضا بأنه : (٢)

١ - يضم العمل الفريقي عددا من المتخصصين لكل منهم دوره المتميز في هذا العمل .

---

(١) احمد حنفي محمود ، العمل الفريقي للخدمات الصحية بالمستشفيات ، دور موقع الاخصائي الاجتماعي الطبي ، بحث منشور في المؤتمر العلمي الرابع (ديناميات العمل الفريقي في مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية) ، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة ، ٢٣ - ٢٥ ابريل ١٩٩١ ، ص ١١٦ .

(٢) رفعت عبد الباسط محمود ، دراسة تقويمية لدور الاخصائي الاجتماعي مع فريق العمل في مجال رعاية الشباب ، بحث منشور في المؤتمر العلمي الرابع لكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم ، جامعة القاهرة ، ٢٣ - ٢٥ ابريل ١٩٩١ ، ص ١٥٤ .

٢ ـ يتعاون الجميع فى تحقيق اهداف العمل الفريقى .

٣ ـ يستفيد كل عضو من اعضاء الفريق بخبرات ومهارات العضو الاخر .

٤ ـ يشارك كل عضو من اعضاء الفريق فى وضع خطة العمل والاشتراك فى التنفيذ .

وأهمية العمل الفريقى أنه يضم فريقاً متنوعاً من التخصصات وبالتالى يعمل كل عضو من خلال اطار مرجعى للمعلومات يختلف عن الأخر ولكن بأجتماع اعضاء الفريق فى صورة لقاءات مشتركة يدلى كل عضو بوجهة نظره المتخصصية بحيث يتم وضع افضل الخطط العلاجية من مختلف الجوانب ، ويتطلب العمل الفريقى من الأخصائى الاجتماعى مايلى : [1]

١ ـ أن يدرك دوره بوضوح وعلاقته بباقى اعضاء الفريق .

٢ ـ أن يدرك الاستفادة من الأعضاء الآخرين وذلك بعرض نتائج عمله مع الحالات ومناقشة الصعوبات وتبادل الخبرات بكل تعاون وثقة .

ومما سبق يتضح أن العمل الفريقى فى المجال النفسى يمكن ان يأتى بنتيجة فعالة لو قام كل عضو من اعضاء الفريق العلاجى بدوره على اكمل وجه ، وتتميز ممارسة الخدمة الإجتماعية فى المجال النفسى بأن الاخصائى الإجتماعى لدية القدرة على الاتصال بكافة الموارد التى يمكن استثمارها لصالح المرضى سواء اكانت هذه المصادر او الموارد تعمل معه فى نفس المؤسسة العلاجية او فى اى مكان اخر وبالتنسيق بين أعضاء الفريق العلاجى .

---

(١) اقبال الامير السمالوطى ، معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية فى مجال تعاطى المخدرات ، بحث منشور ، المؤتمر العربى الاول ، المعهد العالى للخدمة الأجتماعية ، بالقاهرة ، ١٣ ـ ١٦ ديسمبر ١٩٨٨ ، ص ص ٦٣ ـ ٦٤ .

لماذا دخلت الخدمة الاجتماعية فى مجال الامراض النفسية ؟

تعد مشكلة الاضطراب العقلى من المشكلات الخطيرة التى تواجه المجتمعات، نظرا للاعداد المتزايدة من افراد المجتمع الذين يتعرضون لها والذين من المتوقع تزايدهم تدريجياً كلما تزايدت ضغوط الحياة . (١)

ويسود فى مصر ، بل وفى العالم كله نموذج رئيسى فى التعامل مع هذه المشكلة هو النموذج الطبى ومن خلال تخصص معين به هو الطب النفسى ، انطلاقاً من فكرة مؤداها ان الاضطراب العقلى هو مرض ، وبالتالى فالمنوط بتشخيصه وعلاجه اساساً هو الطبيب ، وضمن مؤسسات طبية هى مستشفيات وعيادات الطب النفسى . (٢)

الا انه قد ظهرت انتقادات عديدة للفكرة السابقة ، شكلت مايسمى بحركة مضادة للطب النفسى ....Anti-Psychiatry Movement ومن الغريب أن هذه الحركة نشأت اصلا داخل الطب النفسى ذاته ، ومع ذلك فقد رفضت بشكل حاد وكامل كل ماجاء بالطب النفسى ذاته بشأن المرض العقلى وتعلقاته من تشخيص وتسميات للامراض وما وضعه لها من علاجات وادوية ، ثم تشعب انصار هذا الإتجاه ، فمنهم من ركز على اهمية تغيير الأساليب ومنهم من دعى لتغيير الاتجاهات، والبعض الثالث اهتم بالجانبين . (٣)

---

(١) عبد العزيز فهمى النوحى ، نقد النموذج الطبى فى تفسير السلوك غير السوى ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الثالث ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ - ١١ ديسمبر ١٩٨٩ ، ص ٧٨.

(٢) المرجع السابق ، نفس الصفحة .

(٣) عبد العزيز النوحى ، المرجع السابق ، نقلاً عن :

- Finkel N. Mental Tllness & Health Its legacy, Tention and changes, N.Y., Macnillan Publishing Co., Inc, 1976, P. 110.

وقد كانت الفكرة المحورية التي يدور الجدال حولها هي : هل السلوك الشاذ والغريب الصادر عن بعض الافراد يعبر عن وجود مرض كامن وراءه ، وبالتالى فمن يصدر عنهم هذا السلوك هم مرضى يدخلون ضمن نطاق التخصص الطبى ؟ ! ام ان هذا السلوك الشاذ هو مجرد سلوك راجع لضغوط الحياة ولاعلاقة له بالمرض بمعناه التقليدى وبالتالى فثمة انساق اخرى غير طبية هى الاجدر بالتعامل معه !

ونحن نرى ان السلوك الشاذ او غير السوى انما هو سلوك متعلم يمكن تعديلة وتغييره إلى الافضل وإذا لم يكن هناك اضطراب فى وظائف الاعضاء فان الخدمة الاجتماعية كمهنة تتعامل مع الاسوياء وغير الاسوياء يمكنها أن تقدم مساهمة كبيرة فى هذا المجال ، اما ان كان الاضطراب فى السلوك يرجع إلى خلل فى وظائف الاعضاء فلابد للنموذج الطبى ان يكون له نصيب فى العلاج ، ولكن ليس هو بمفرده الذى يستطيع ان يقدم العلاج المتكامل .

العلاقة بين الصحة النفسية والتنمية :

قبل البدء فى توضيح العلاقة بين الصحة النفسية والتنمية ، فسوف نوضح ماهى الصحة النفسية ؟ تعرف الصحة النفسية بأنها " التوافق التام او التكامل بين الوظائف المختلفة ، مع القدرة على مواجهة الازمات النفسية العادية التى تطرأ على الانسان ومع الاحساس الايجابى بالسعادة والكفاية " .[1]

كما تعرف بأنها : " تتمثل فى شعور الفرد بالرضا والاستقرار مع نفسه ومع الناس وتظهر الصحة النفسية فى شكل احساس ــ يترجم إلى سلوك ــ من

---

(١) عبد العزيز القوصى ، أسس الصحة النفسية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٥ ، ص ٦ .

جانب الفرد بالسعادة والأيجابية والقدرة على مواجهة المواقف والمشكلات التى تقابل الفرد فى مختلف نواحى حياته والتوافق والتكيف السوى معها ".[١]

ومن التعريفين السابقين يمكن استخلاص مايلى :

١ ـ ان التوافق والتكيف السوى للفرد يتمثل فى قدرة الفرد على مواجهة الظروف غير المناسبة والتعايش معها ويعد ذلك أساساً ومظهراً للصحة النفسية .

٢ ـ تعد السعادة والرضا والأيجابية مظهراً أساسياً على كل فرد يتمتع بقدر مناسب من الصحة النفسية .

٣ ـ الفرد الذى يتمتع بالصحة النفسية يستطيع مواجهة المواقف الصعبة والمشكلات التى تصادفة فى الحياة وايجاد الحلول المناسبة لها .

٤ ـ الصحة النفسية ليست هى الخلو من الأمراض بقدر ماهى مظهرا لقوة شخصية الفرد واستثماره لامكانياته .

ولما كان المريض النفسى لايستطيع القيام بأدواره الأجتماعية "لما يحدث له من عجز فى البناء النفسى ينعكس على دوره الأجتماعى والأقتصادى ويحد من قدرته على أدائه على الوجه المرجو" [٢] فإن مساعدة الأخصائى الإجتماعى للمريض النفسى كما اكدت احدى الدراسات تؤدى إلى زيادة قدرة المرضى النفسيين على اداء ادوارهم . لذلك فحينما يصاب أحد أفراد المجتمع بالمرض النفسى فأن ذلك يمثل عائقاً لدوره الانتاجى فى المجتمع .

---

(١) على احمد على ، الاسس النظرية والتطبيقية للصحة النفسية ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، د . ت ، ص ١٠ .

(٢) وفاء محمد فضلى ، العلاقة بين توفير العلاج الاجتماعى وتطور حالات الاكتئاب، مرجع سبق ذكره، ص ٤ ـ ١٢ .

ولما كانت التنمية تعتمد على الجهود البشرية ـ بجانب عناصر أخرى متعددة ـ فان اصابة افراد المجتمع بالمرض النفسي ـ سوف يؤثر على عملية التنمية، وتمتعهم بالصحة النفسية سيؤدى إلى رفع كفاءتهم الانتاجية .

" فالعلاقة بين التنمية والصحة وثيقة الصله ، وتتضح من الفوائد الكبيرة التى تصبغها التنمية الاقتصادية والأجتماعية على الناحية الصحية ، ولايخفى على أحد أن انتشار الأمراض وانخفاض مستوى الرعاية الصحية يعكس اثراً سيئاً على كل جهود التنمية ، ويشكل تهديداً للقوى العاملة ويعرقل التقدم الاقتصادى والأجتماعى فى المجتمع " [1] . ولذلك فإن الاهتمام بالصحة عموماً والصحة النفسية خصوصاً يعد إستثماراً تنموياً لامكانيات وموارد المجتمع البشرية التى هى عماد التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

---

(١) اقبال محمد بشير ، اقبال ابراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، د . ت ، ٢ ص ص ١٤ ـ ١٧ .

الفصل الثامن

العلاج الأسرى فى المجال النفسى

- مقدمة .
- نشأة العلاج الاسرى .
- دواعى الإهتمام بالأسرة والعلاج الأسرى فى المجال النفسى .
- مفاهيم العلاج الأسرى .
- المشكلة من منظور العلاج الأسرى .
- أنماط الاسر كما يراها المعالجون الأسريون .
- العلاقة المرضية ثلاثية الابعاد ودورها فى حدوث المشاكل الاسرية .
- إستراتيجيات العلاج الاسرى .
- مراحل العلاج الاسرى ودور المعالج الاسرى .
- الانتقادات الموجهة للعلاج الاسرى .
- تعقيب ووجهة نظر .

العلاج الاسرى .. The Family therapy

مقدمة :

تعد الاسرة هى الخلية الرئيسية فى المجتمع ، وعليها يقع العبء الاكبر فى تربية أفرادها والقيام بعمليات التنشئة الاجتماعية لهم، ويشارك الاسرة الان فى تحقيق وظيفتها العديد من المؤسسات التربوية والأجتماعية . ونتيجة للتغيرات السريعة التى طرأت على المجتمعات كالتقدم التكنولوجى السريع وعوامل التحضر والتصنيع فقد تقلصت وظائف الأسرة ونتج عن هذا التقلص العديد من المشكلات والانحرافات فى سلوك الابناء كإدمان المخدرات وانتشار الجرائم التى لم يألفها المجتمع من قبل كالاغتصاب وقتل الآباء والأبناء وزيادة معدل الاصابة بالمرض النفسى وغيرها.

فالأسرة إذا قامت بوظائفها المنوطة بها خير قيام كانت ولاشك نتيجة تلك التربية ذات ثمرة طيبة تعود على المجتمع بالخير ، أما إذا واجهت الأسرة مشكلات ووقفت فى طريقها معوقات تعرقل أدائها لوظائفها فهنا تعجز الاسرة عن تحقيق أهدافها تجاه الاستقرار والأمن النفسى والأجتماعى لأعضائها والخدمة الأجتماعية كمهنة يمكنها المساهمة فى الوقاية والعلاج من المشكلات الأسرية وأصبحت بفضل جهود ممارسيها والباحثين فيها يحاولون أن يطوروا من أساليب الممارسة ويستحدثوا أساليب أخرى جديدة لم تكن موجودة من قبل أستجابة للنتائج التى يتوصلون إليها من خلال البحث والممارسة . ومن بين الأساليب المستحدثة فى الممارسة .. أسلوب العلاج الاسرى ، ذلك الاتجاه الحديث والذى يركز على الاسرة كلها (وليس على الشخص المريض أو الذى يعانى من مشكلة) هى التى يجب أن تتناول العلاج نظراً لتأثيرها على شخصية أفرادها .

نشأة العلاج الأسرى :

اختلفت وجهات النظر فى أسباب نشأة العلاج الاسرى فى الولايات المتحدة الأمريكية، فهناك فريق من الباحثين يرى أن العلاج الاسرى نشأ نتيجة للتغيرات التى طرأت على المجتمع وتمخض عن هذه التغيرات انحرافات سلوكية كثيرة فى سلوك الأبناء، وفريق آخر يرى أن العلاج الاسرى إنما نشأ بسبب تلك الانتقادات التى وجهت إلى الاتجاه التقليدى الذى يركز على العميل فقط الاتجاه النفسى الاجتماعى ، وإن تطرق للاسرة فإنما يتطرق إليها ليتعرف على شخصية الفرد فقط ، ولذلك فأنه ينبغى أن توسع خدمة الفرد من نطاق عملها .

" ولقد نشأ العلاج الأسرى فى أمريكا فى الخمسينات فى محيط الطب النفسى والخدمة الأجتماعية وقد اكتمل بناؤة الاساسى فى نهاية الستينات ، وأزداد الأهتمام به فى عام١٩٧٠ ـ من مجموعة فى مجال الطب النفسى حينما كان العلاج الأسرى موضوعاً لتقريرهم السنوى" . [١]

وقد أنشئت عدة مراكز متخصصة فى العلاج الاسرى مع بداية الستينات فى مدن أمريكية متعددة وقد سعت هذه المراكز إلى تحقيق هدفين مترابطين هما : [٢]

١ ـ إحداث تغييرات فى سلوك الفرد المضطرب داخل بيئتة الاسرية .

٢ ـ تخفيف حدة التأثير السلبى للأفراد المحيطين على سلوك الشخص المريض مع توضيح نوع التفاعلات والاتصالات الأسرية الناجحة .

---

(1) Skinner, S.W., Family therapy. the treatment of natural systems, op. cit, P.2.

(2) Goldenberg, I. and H. Goldenberg, Family therapy an everview, california a Brook, cole publishing company, 1980, p.85 .

دواعى الإهتمام بالأسرة وبالعلاج الأسرى :

لاشك أن للأسرة دور كبير فى تحقيق الأمن النفسى والأجتماعى لأفرادها ، ويتحقق هذا الهدف من خلال قيام النسق الأبوى (الأب والأم) بواجباتهما تجاه الأبناء، ولذلك فهناك بعض العوامل التى تبرر الاهتمام بالاسرة وباتجاه العلاج الأسرى وأهمها مايلى :

١ ـ أن الأسرة هى الخلية الأولى فى المجتمع التى يناط بها تنشئة أفرادها مهما شاركها غيرها من مؤسسات فى ذلك .

٢ـ التغيرات السريعة التى حدثت فى المجتمع والأنحرافات والجرائم مرجعها الخلل فى بناء ووظيفة الأسرة .

٣ ـ تؤكد الدراسات التى أجريت على الأسرة أنه لابد من الاهتمام ببحوث الأسرة ، وذلك نظراً لما تمر بـه الأسرة المصرية من تغيرات فى الوقت الحاضر من أثار غير محمودة العواقب على التنشئة الأجتماعية للأبناء .

٤ ـ تؤكد العديد من الدراسات أن الاسرة لاتشترك ولاتساعد على العلاج الذى ليست هى طرفاً فيه وقد تعوق تنفيذه .

٥ ـ قد يكون العميل (المريض) عرضاً لمشاكل نسق الأسرة ، وبالتالى فإن الأسرة هى التى ينبغى أن يقدم لها العلاج .

٦ ـ الملاحظة المستمرة خلال العمل مع العديد من الحالات فى المجالات المتعددة تؤكد أن العديد من المشكلات الأجتماعية والنفسية تلعب الأسرة دوراً كبيراً فى أحداثها ، وبالتالى فأنه ينبغى أن تنال الاسرة قسطاً من العلاج جنباً إلى جنب مع المريض الذى أتى للمؤسسة ، بل يجب إعتبارها هى المريضة (من منظور العلاج الأسرى) .

٧ ـ ماكشفت عنه الحركات العلمية ودراسات الصحة النفسية من وجود علاقة بين أنماط التفاعل والعلاقات الاسرية وبين ما يصاب به الأبناء من إضطرابات نفسية أو مايتعرضون له من أنحرافات سلوكية .

٨ ـ توصى أحدى الدراسات بضرورة التوسع فى أختبار أتجاه العلاج الأسرى فى مجالات أخرى .[١]

المشكلة من منظور العلاج الأسرى :

ينظر العلاج الاسرى إلى أن المشكلة لاترجع إلى العميل فقط " بل ان الأسرة كلها تعتبر هى المريضة أو الحالة التى تتطلب العلاج ، ويتطلب هذا المعنى نظرة جديدة للأمراض النفسية ونظرة جديدة للأنسان كما يتطلب أساليب جديدة للدراسات والعلاج " .[٢]

" ولقد لاحظ المعالجون فى مجال العلاج النفسى الأسرى وخاصة فى ميدان الفصام النفسى أو الاسكيزوفرينيا .. Schizophernia أنهم حينما يعالجون الفرد المصاب بعيداً عن الاسرة ، فإن أجزاء أو جوانب هامة فى المشكلة الكلية للمريض تظل غير واضحة ، ولاحظوا أن الاسرة غالباً لاتهتم كثيراً بالعلاج الذى ليست هى طرفاً فيه ، وأنه من النادر أن يستمر التقدم الذى يحققه العلاج الفردى اذا تم ذلك العلاج بعيداً عن الاسرة ، ولاحظوا كذلك أن التقدم يحدث فقط عندما تسمح العلاقات الأسرية بهذا التقدم ، والا فإن كل الجهود تنهار وينقص المريض على عقبية ويعود إلى حالته المرضية " [٣] .

وبناء على ذلك فإن المشكلة هى فى طبيعة العلاقات والتفاعلات غير السوية وتأثيرها على شخصية المريض .

---

(١) عبد الناصر عوض احمد جبل ، العلاقة بين ممارسة أسلوب العلاج الاسرى مع حالات النزاعات الزواجية وبين الاداء الاسرة لوظائفها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ، ص ٣٦٨ .

(٢) حامد عبد العزيز الفقى ، مفاهيم العلاج النفسى الاسرى وانماط التفاعل داخل الاسرة المريضة ، النشأة والتطور ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩ .

(٣) المرجع السابق ، ص ص ٩ ـ ١٠ .

مظاهر الاختلاف بين العلاج الأسرى وكلا من الفردى والجماعى :

يختلف العلاج الفردى عن العلاج الأسرى ، وإذا أخذ فى الأعتبار أربعة مظاهر عامة لأى جلسة علاجية أو أتفاق علاجى لاتضح مدى أختلاف العلاج الاسرى عن كل من العلاج الفردى والعلاج الجماعى ، ففى العلاج الفردى يحدث الاتصال فى نطاق اثنين فقط هما الأخصائى الأجتماعى والعميل وتكون التدخلات العلاجية عادة لفظية ، وتتركز بؤرة الأهتمام العلاجية فى الحياة النفسية للعميل والهدف العلاجى الأساسى هو نمو الفرد ، وفى العلاج الجماعى يكون الأتصال تفاعلياً والتدخلات العلاجية عادة لفظية وبؤرة الإهتمام الأساسية للعلاج هى الجماعة والهدف الاساسى للعلاج هو نمو الفرد فى نطاق علاقاته بالأخرين ، ويختلف العلاج الاسرى فى كل هذه المظاهر حيث أن الاتصال به تبادلياً يركز على أساليب المعاملة خلال الجلسة العلاجية ، والتدخلات غالباً لفظية وغير لفظية ، وتتركز بؤرة الاهتمام العلاجية فى نسق الاسرة التبادلى The Family`s transactional system أكثر من كونها تغيرات فى سلوك أعضاء أحد النسق [١].

أنماط الاسرة كما يراها المعالجون الأسريون :

قسم بعض المعالجون الأسريون الأسرة إلى مايلى : [٢]

١ ـ أسر سليمة (غير المرضية) .

٢ ـ أسر غير سليمة (المرضية) .

وفيما يلى عرضاً لخصائص كلا من النوعين :

أولاً : خصائص الأسر السليمة (غير المرضية) :

١ ـ تتسم نماذج الأتصال المستخدمة فى الأسرة بالوضوح وأمانة التعبير .

---

(1) Skinner, S.W., Family therapy. the treatment of natural systems, op. cit, P.5- 6 .

(٢) محمد شريف صفر ، واخرون ، نحو بناء النظرية فى خدمة الفرد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٥٤ – ٦٢ .

٢ ـ يسود العلاقات الاسرية جو من الحب والتعاطف ويهتم كل فرد بالاخرين .

٣ ـ قوة التوجية والقيادة فى الأسرة تكون فى سلطة الوالدين وهى قيادة حكيمة بعيدة عن التسلط .

٤ ـ كل عضو فى الأسرة يشعر بشخصيتة وكيانه داخل نسق الأسرة ويساعد ذلك الأسرة على تحقيق وظائفها الأجتماعية على أكمل وجه .

٥ ـ تخلو الأسرة من التحالفات المرضية ويعرف كل فرد فيها دوره .

٦ ـ قواعد وحدود الأسرة واضحة ومفهومة لكل أعضاء النسق .

٧ ـ تخلو الاسرة من السيطرة والصراع والتحكم .

ثانياً : خصائص الاسر غير السليمة (المرضية) :

تنقسم الاسر غير السليمة إلى ثلاثة مستويات يمكن الاشارة إليها على النحو التالى :

أ ـ المستوى الأول من الاسر غير السليمة : وأهم خصائصها مايلى :

١ ـ وهذا المستوى يلى الاسر السليمة فى تكيفها ، وحدود هذه الاسر واضحة ومعروفة ويحاول أعضاء الاسرة الحفاظ عليها .

٢ ـ يعرف أعضاء الاسرة حدود مسئولياتهم ، وقد توجد بعض الصراعات التى لم تحل داخل الاسرة .

٣ ـ التحالف الابوى الذى يشمل الزوج والزوجة (الاب والام) اقل قوة عنه فى الاسر السليمة .

٤ ـ درجة الحب والتعاطف والتألف بين أعضاء الاسرة أتى من الاسرة السليمة .

٥ ـ يشوب العلاقات نوع من التوتر وعدم الاستقرار والاعتمادية على الاخرين .

٦ ـ يوجد لدى افراد هذه الاسر القليل جداً من الاعتزاز بالرأى الشخصى واحترام أراء الاخرين .

وبصفة عامة لدى هذه الاسر الشعور بالمسئولية وتنشىء ابناءها تنشئة سليمة، وتحاول هذه الاسر النجاح فى رسالتها ، ومعظم اسر المجتمع تدخل فى هذه الفئة ، ولاتأتى الحالات الاسرية للعلاج غالباً من هذه الاسر .

ب - المستوى الثانى من الاسر غير السليمة

ومن أهم خصائصها ما يلى :

١ - تواجه هذه الاسر صعوبات كثيرة فى حياتها اليومية كل يوم اثناء تأديتها لوظائفها .

٢ - لدى أطفال هذه الاسر شعوراً عاماً بالقلق والاكتئاب وأسلوب تكيفهم غير ملائم .

٣ - التحالف الابوى داخل هذه الاسر مهتز وغير قوى أو مؤثر .

٤ - لاتتقبل هذه الاسر التغيير إذا واجهت الاسرة موقف جديد يستدعى التغيير .

٥ - يشوب التفاعل والعلاقات بين أعضاء هذه الاسر الصراع الخفى والتنافس .

٦ - تبث هذه الاسر صورة سيئة لدى أطفالها عن صورة الرجل والمرأة فى المجتمع ، فالرجل هو الشخص القوى العدوانى ، والمرأة هى الشخص الضعيف .

٧ - قد تستخدم هذه الاسر العنف لغرض السيطرة على الاسرة .

٨ - أحيانا قد لا تتبع قواعد الاسرة فى المواقف التى يجب اتباعها فيها .

٩ - تحدث تحالفات مرضية غير ثابتة ، فأحيانا يكون الابناء مع الاب ضد الام ، وأحيانا يكون الابناء مع الام ضد الاب .

١٠ - يقضى الاباء فى هذا النوع من الاسر وقتهم خارج نطاق الاسرة ليجدوا التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم حيث لا يوجد اهتمام بهذه المشاعر داخل المنزل .

١١ - يكون سلوك أبناء هذه الاسر غير مرغوب أجتماعيا .

١٢ ـ يكثر فى هذه الاسر التهديد بالانفصال والانتحار .

جـ - المستوى الثالث من الاسر غير السليمة :

يمثل هذا النوع من الاسر القدر الاكبر من رواد العلاج الاسرى ، وأهم خصائص هذه الاسر ما يلى :

١ ـ يشوب هذه الاسر الجمود وعدم المرونة ، ومن الصعوبة تغيير انماط التفاعلات والعلاقات داخلها .

٢ ـ مواجهة الاسرة لضغوطها تكون غير فعالة .

٣ ـ بناء القوة فى هذه الاسر غير واضح وضعيف .

٤ ـ اساليب الاتصال وتبادل المعلومات والخبرات داخل الاسرة غير واضحة وغير مؤثرة .

٥ ـ لا يوجد تحديد واضح للادوار والمسئوليات بالنسبة لافراد هذه الاسر .

٦ ـ التحالف الابوى ضعيف وليس له أى تأثير أو قوة مع عدم وجود القيادة داخل هذه الاسر .

٧ ـ لايوجد اتفاق على أهداف الاسرة وينعدم الاهتمام المتبادل بين أعضائها .

٨ ـ لدى أعضاء هذه الاسر الكثير من مشاعر الاحباط والغضب وعدم الاقتناع .

٩ ـ لايوجد أستقلالية داخل هذه الاسر .

١٠ ـ يوجد صراع على السلطة والتحكم فى الاسرة .

١١ ـ يلجأ أطفال هذه الاسر للهروب إلى الخارج ويتعرضون للانحراف .

١٢ ـ معظم الشخصيات سيىء التكيف الاجتماعى يأتون من هذه الاسر ، ويتسم سلوك أفرادها بالعدوانية الدائمة فى التعامل مع الاخرين .

التحالفات المرضية وعلاقتها بحدوث الاضطرابات الاسرية :

الاسرة السوية هى الاسرة التى يوجد فيها نوع من التفاعلات السليمة والعلاقات الجيدة والتماسك بين أفرادها والتى يقوم كل فرد بدوره على أكمل وجه واذا تعرض أحد أفرادها لمشكلة تجد كل أفراد الاسرة يقفون بجانبه ويساعدونه على تخطى هذا الموقف .

أما الاسرة غير السوية هى تلك الاسرة التى لا يوجد بين أفرادها تفاعلا حقيقيا أو علاقات سليمة ولا يتحمل أفرادها مسئولية الحفاظ على كيان وتماسك بنائها، ويلقى كل فرد باللوم والاخطاء على غيره وبالاضافة إلى كل ذلك تجد فيها التحالفات المرضية . . Abnormal Alignment وتعنى التحالفات المرضية تكتل أو أتحاد مجموعة من أعضاء الاسرة ضد فرد أو أكثر من أفرادها ، فقد نجد الاب فى بعض الاحيان يتحالف مع الابناء ضد الام ، وفى أحيان أخرى يتحالف الابناء مع الام ضد الاب ، وفى هذه الحالة قد يحدث أضطراباً أسرياً وتختل عملية القيادة داخل الاسرة وتصبح الغلبة لمن يملك القوة وتتعرض هذه الاسرة إلى انعدام التماسك وتفتقد الكثير من مقومات الاسرة السليمة التى تقوم بوظائفها بفاعلية وتصبح الاسرة معرضة للتفكك فى بنائها وأنهيار وظيفتها الاجتماعية فى تنشئة أبنائها .

ومما هو جدير بالذكر إن التحالفات المرضية قد تفيد فى بعض الاحيان ، ومثال ذلك تحالف الابناء مع الام لوقف تعاطى الاب للمخدرات ، إلا أن التحالف ينبغى أن يكون مؤقتا ويرهن بتحقيق الهدف منه .

النظريات التى يعتمد عليها العلاج الاسرى :

يعتمد العلاج الاسرى على عدد من النظريات التى تفسر سلوك الاسرة ، وتوضح أثر الاضطرابات التى يتعرض لها عضو الاسرة على النسق الاسرى ككل ،

ومن بين هذه النظريات التى يعتمد عليها العلاج الاسرى نظرية الانساق . . Systems theory ونظرية الاتصال Communication theory [(١)] .

أولا : نظرية الانساق وإسهاماتها فى العلاج الاسرى :

تعد نظرية الانساق من النظريات التى تفسر بعض الجوانب التى تحدث فى الاسرة ، وذلك على أعتبار إن الاسرة تمثل نسقا كبيراً يتضمن أنساقاً أخرى فرعية تعمل جميعا فى تكامل وتساند وظيفى ، وهذه الانساق الفرعية هم أعضاء الاسرة وإن أى خلل يحدث فى وظيفة أيا من الانساق الفرعية يترتب عليه خللا فى أداء وظيفة النسق الكبير (الاسرة) .

" وتهتم نظرية الانساق بالأسرة كنسق عام به أنساقاً فرعية كالنسق الزواجى، وفى نفس الوقت فان هذه الانساق الفرعية تنظر إلى الأسرة كنسق يؤثر ويتأثر بالانساق الفرعية الاخرى فى المجتمع " [(٢)] .

ولقد إستفاد العلاج الاسرى من نظرية الانساق فى الكشف عن أبعاد المختلفة التى تؤثر على نسق الاسرة وأيضا فى تفسيرها لاسباب سوء التوظيف الذى يحدث فى النسق الاسرى ، وكذلك أستفاد العلاج الاسرى من نظرية الانساق فى تكوين أساليب علاجية تدور حول : [(٣)]

- تحديد متطلبات كل وظيفة فى الانساق الفرعية داخل الاسرة .

---

(١) زينب حسن ابو العلا ، العلاج الاسرى فى خدمة الفرد كمدخل اجتماعى لتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى للطلاب المتعاطين العقاقير المخدرة ، مجلة كلية الاداب والعلوم الانسانية ، جامعة المنيا ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١٦ .

(٢) احسان زكى عبد الغفار ، نموذج مقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية ، مجلة الصحة النفسية ، مجلد٢٣، ١٩٨٢ ، ص ٥ .

(٣) زينب حسين ابو العلا ، المرجع السابق ، ص ١١٩ .

- تحديد متطلبات الاسرة في ضوء متطلبات كل نسق فرعي .
- تسهيل ممارسة الادوار بين الانساق الفرعية .
- مناقشة المفاهيم والمتغيرات الجديدة على النسق .
- تحديد أساليب أتصال النسق الاسرى بالانساق الاخرى .
- تحديد أساليب الاتصال المتبادلة بين الانساق الفرعية للاسرة .
- مساعدة النسق الاسرى على حسن أستخدام وأستثمار الموارد الاسرية لاشباع أحتياجات الانساق الفرعية .

" ولقد كانت أيضا أستفادة العلاج الاسرى من نظرية النسق بكيفية إيجاد أساليب ممارسة للتدخل المهني من شأنها مساعدة النسق الاسرى على حسن أستخدام وأستثمار الموارد لاشباع إحتياجات الانساق الفرعية ، وأيضا ايجاد أساليب لمساعدة الاسرة على أستثمار موارد البيئة الخارجية قدر الامكان " .[1]

ثانيا : نظرية الاتصال وإسهاماتها في العلاج الاسرى

" يعنى مفهوم الاتصال أنه المحتوى الكلي لعمليات التفاعل داخل الاسرة ، ومن ثم فهو يشير بصفة عامة إلى أسلوب ونمط الاسرة في الحياة ، سواء داخلها أو في تفاعلها مع المجتمع الخارجي ، فالاخصائي الاجتماعي من خلال فهم النمط الاتصالي داخل الاسرة يستطيع أن يحصل على معلومات لها أهميتها في تفهم التفاعل الاسرى المرغوب وغير المرغوب ، وكذلك أنماط الاضطراب الاتصالي داخل الاسرة والذى يساعد على التشخيص السليم لمشاكل النسق والتفاعلات والاتصالات داخل وخارج النسق الاسرى " [2] .

---

(١) كوثر محمد الحسيني ، العلاقة بين حجم الاسرة والمشكلات المدرسية لتلاميذ مرحلة التعليم الاساسي ودور خدمة الفرد في علاج تلك المشكلات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ، ص ٧٢ .

(٢) زين العابدين محمد على رجب ، الاضطرابات السيكوسوماتية بين اسلوبي العلاج الاسرى وسيكولوجية الذات ، مرجع سبق ذكره ، ص ٦٤ .

والاتصال فى الاسرة عبارة عن تفاعل مكونات النسق الإسرى مع بعضها البعض من ناحية وتفاعلها مع الانساق الاخرى فى المجتمع من ناحية أخرى ، وإذا أستطاع النسق الاسرى أن يتفاعل تفاعلاً سليماً مع أفراده فإنه يمكن القول بانه يستطيع أن يحقق تفاعلاً سليماً مع الانساق الاخرى فى المجتمع

"وتتضمن عملية الإتصال عناصر رئيسية هى المرسل و المستقبل ، الرسالة ، الاداة ، رد الفعل ، ويقوم المرسل بتحديد نوع الرسالة وتحديد مستقبلها ، وفى ضوء ذلك يتم أختيار رموز الرسالة ولغتها والفترات المتعددة والمستخدمة فى الاتصال والتى تحمل هذه الرسالة ، ثم بعد ذلك الاثر الذى تحدثه الرسالة أو رد الفعل وهى أستجابة المستقبل للرسالة حسب فهم الرموز والمضمون " [1]

"وقد استفاد العلاج الاسرى من نظرية الاتصال فى فهم ومعرفة العلاقات الاسرية ، وطبيعة الاتصالات داخل الاسرة وتوجيه هذه الإتصالات بما يحقق أهداف العلاج ، ومعرفة وتحديد قنوات الاتصالات داخل الاسرة وتوجيه هذه الاتصالات بما يحقق أهداف العلاج ، وما هى الرسائل والموضوعات التى يمكن أن تناقش فى الاسرة ككل أو تلك التى يجب أن تناقش بين أنساق فرعية معينة فى الاسرة " [2]

أهداف العلاج الاسرى فى المجال النفسى :

نظراً لأن الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها والتى تتعرض لها الاسرة وخاصة فى ظل الاوضاع العالمية الراهنة والتى قد تؤدى إلى تحطيم القيم الاسرية الراسخة وإلى كثرة الصراعات وأضطراب العلاقات وتعارض الرغبات

(١) زيدان عبد الباقى : وسائل وأساليب الاتصال فى المجالات الاجتماعية والتربوية والإدارية والاعلامية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ط ٢ ، ١٩٧٩ ، ص ٣١ .

(٢) زينب حسين ابو العلا : العلاج الاسرى فى خدمة الفرد كمدخل اجتماعى لتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى للطلاب المتعاطين العقاقير المخدرة ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢١ .

والدوافع والحاجات وأزدياد القلق والتوترات ، فقد أتجه العلاج الاسرى إلى ما يلى:[١]

١ - محاولة تحقيق الانسجام والتوازن فى العلاقات بين أعضاء الاسرة .

٢ - تقوية القيم الاسرية الايجابية واضعاف السلبية منها لدى أعضاء الاسرة .

٣ - العمل على تحقيق نمو الشخصية وآدائها فى جو أسرى مشبع .

إستراتيجيات الاسرى :

هناك ثلاث استراتيجيات يمارس من خلالها العلاج الاسرى وتتفق أغلب وجهات النظر حولها وفيما يلى عرضا لهذه الاستراتيجيات :

١ - الاستراتيجية الاولى :

وتتمثل فى بناء الاتصالات وتوظيف مفاهيم نظرية الاتصال تحسين عمليات الاتصال ، ويتضمن ذلك فتح قنوات أتصال جديدة أو أعادة فتح قنوات كانت موجودة، أو أعادة توزيع المسئوليات المحملة على بعض القنوات مما يلفت نظر المعالج الاسرى إلى ضرورة التغيير لاعادة توزيع المسئوليات مما يتيح فرصة لايجاد **أتصال أكثر فاعلية وأقل ضغطا على بعض القنوات وتخفيف حدة الضغط على بعض الاشخاص " .** [٢]

" وتتأثر أنواع العلاقات بين أفراد الاسرة بحجم الاسرة حيث أن زيادة عدد أفرادها يزيد من عدد الاتصالات الممكنة والتى يمكن إستخدامها فى الخطة العلاجية وفى نفس الوقت تكون الموارد المتاحة أقل من تلبية معظم الاحتياجات الضرورية

(١) حامد عبد العزيز الفقى ، مفاهيم العلاج النفسى الاسرى : النشأة والتطور ، مرجع سبق ذكره ، ص١٣.

(2) Howard Coldstein, Social work practice a unitary approach, columbia, south carolina un. of south carolina press, 1973, p,163 .

لافراد الاسرة ففى الوقت الذى تكون الاسرة الكبيرة بها فرص أتصال أكثر الا أن الطاقة المتاحة أقل من الطاقة المطلوبة " . (١)

٢ ـ الاستراتيجية الثانية : تعديل وبناء القيم :

تتعلق هذه الاستراتيجية بتغيير القيم وإعادة بنائها ، مع الابقاء على القيم الصالحة والتى تحفظ للاسرة كيانها وإستقرارها .

" وعلى الاخصائى الاجتماعى الممارس أن يحدد أوجه التشابه والاختلاف بين قيم ألاسرة وقيم المجتمع ومدى مرونة نسق الاسرة فى التأثير والتأثر بالانساق الاخرى فى المجتمع ومسايرة التطور الطبيعى للبناء الثقافى والقيمى فى المجتمع ، ويلاحظ أن القيم قد تكون سببا فى إحداث العديد من المشكلات " (٢) .

وتستمد الاسرة عادة قيمتها من دينها وثقافتها ، والاسرة المتماسكة هى التى تستطيع أن تحافظ على البناء القيمى الخاص بها دون إنتهاك ، وأما إذ تخلخل بناء القيم فى الاسرة فان ذلك يعد نذيراً بحدوث المشاكل إذا لم تسرع الاسرة فى إعادة القيم الصحيحة وتخلصها من القيم السلبية .

٣ ـ الاستراتيجية الثالثة :

وتتمثل هذه الاستراتيجية فى إعادة التوازن الأسرى عن طريق تحديد المعالج الاسرى لاحتياجات الاسرة بناء على موقفها وهل الاسرة فى حالة إستقرار أم أنها تواجه متطلبات تتفق والتغيرات الحادثة فى المجتمع " (٣) .

---

(١) احسان زكى عبد الغفار ، نموذج مقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١ .

(٢) زينب حسين ابو العلا ، العلاج الاسرى فى خدمة الفرد كمدخل اجتماعى لتحقيق التوفق النفسى والاجتماعى للطلاب المتعاطين العقاقير المخدرة ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٢٨ .

(٣) كوثر الحسينى ، العلاقة بين حجم الاسرة والمشكلات المدرسية لتلاميذ مرحلة التعليم الاساسى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٧٩ .

فحينما تواجه الاسرة إحدى المشكلات التى لاتستطيع مواجهتها فان ذلك يؤدى إختلال توازنها وعدم إستقرارها مما يضعف من قوة تأثيرها على أعضائها . ويجب على المعالج الاسرى أن يساعد الاسرة على إستعادة توازنها الذى كانت عليه قبل حدوث المشكلة من خلال مراحل العلاج الاسرى التى سنذكرها فيما بعد .

" ويشير مفهوم التوازن الاسرى . Family Equilbrium إلى أيجاد التخطيط المقصود الهادف إلى تحقيق وتوفير قنوات الاتصال السليمة والتفاعلات الايجابية بين أفراد الاسرة بما يساعدها على تحقيق وظائفها الاساسية بفاعلية " (١) .

مراحل العلاج الاسرى : Family therapy stages

لا يوجد إتفاق بين المعالجين الاسريين حول عدد مراحل العلاج الأسرى وطبيعة ومحتويات هذه المراحل .

وسوف نعرض وجهتى نظر إحداهما ثلاثية المراحل وقام بوضعها. Salvador Minuich والاخرى قامت بوضعها أحسان عبد الغفار منقولة من . Paul watzlartick وهى رباعية المراحل وفيما يلى عرضا لكل منها :

أولا : وجهة النظر الاولى

وهى وجهة نظر ثلاثية المراحل قام بوضعها . Salvador Minuich ويرى أن ممارسة العلاج الاسرى تمر بمرحلة البداية والوسط والنهاية ، حيث يكون ذلك من خلال ما يلى :

---

(١) محمد شريف صقر ، دراسة تجريبية مقارنة لاستخدام اسلوبى العلاج الاسرى وسيكولوجية الذات عند العلاج مع حالات النزاعات الزوجية ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الأول لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ ــ ١٠ ديسمبر ، ١٩٨٧ ، ص ٥ .

١ ـ مرحلة البداية :

ويبدأ فيها المعالج الاسرى بالتركيز على الشخص صاحب المشكلة ، وكذلك الشخص الذى أتصل به محاولا جذب كل من يرتبط بالمشكلة من أفراد الاسرة للمساهمة الفعالة فى مواجهة الموقف الاشكالى ويحاول المعالج فى هذه المرحلة أيضا الوقوف على موقف الاسرة الراهنة ونشأتها وتاريخها بشكل يتم من خلاله التغيرات المطلوبة والجهود اللازمة لذلك .

٢ـ مرحلة الوسط : وهى مرحلة التغيير :

ويحاول المعالج فيها الاتصال بالاسرة ككل للعمل معها وليس الشخص صاحب المشكلة فقط ، ويتيح الفرصة لكل أفراد الاسرة للمشاركة فى الحديث عن خبرات الأسرة ووجهة نظرهم فيما تعانيه الاسرة من مشكلات .

وتتجه جهود المعالج فى هذه المرحلة لفتح قنوات أتصال سليمة بين أفراد الأسرة وقبولها لدور المعالج وتعرفها على طبيعة دوره ، ويساعد الاسرة على تغيير العلاقات غير السليمة بين أفرادها وإزالة الصراعات الهدامة داخل الاسرة والعمل على تلاشيها .

ويحاول المعالج الاسرى أن يحقق الاهداف التالية من خلال هذه المرحلة :

١ ـ تدعيم العلاقات الايجابية داخل الاسرة ومساعدتها على تحقيق الاتصال السوى بين أعضائها .

٢ ـ مساعدة الاسرة على تحديد قواعد وحدود واضحة لها تساعدها على تدعيم هذه العلاقات بين أفرادها .

٣ ـ مرحلة النهاية :

وهى المرحلة التى يشعر خلالها المعالج أن أعراض مشاكل الاسرة قد إختفت وأن الاسرة أصبحت قادرة على قيادة نفسها بنجاح وأصبحت قادرة على أداء وظائفها الاجتماعية بالشكل المطلوب .

ثانيا : وجهة النظر الثانية :

وهى وجهة نظر رباعية المراحل قامت بوضعها أحسان عبد الغفار منقولة عن . Poul Watzlartick بهدف ممارسة العلاج الاسرى وهى كما يلى : .

المرحلة الاولى :

ويبدأ فيها المعالج العمل مع الاسرة ككل بهدف أخذ صورة عامة وأضحة عن الاسرة ومشكلاتها وتوضيح الدور الذى يقوم به من خلال المؤسسة التى يعمل بها ويقوم بشرح وظيفة وأغراض المؤسسة للاسرة .

المرحلة الثانية :

وفيها يقوم المعالج بإجراء مقابلات فردية أو مشتركة مع الانساق الفرعية للاسرة حسب طبيعة المشكلة أو الموقف ، بهدف أتاحة الفرصة للافراد للتعبير عن وجهة نظرهم فى الموقف المشكل بحرية مع مناقشة بعض الموضوعات الخاصة .

المرحلة الثالثة :

ويتابع المعالج خلالها الاهداف التى تم الاتفاق عليها مع الاسرة [١] .

---

(١) احسان زكى عبد الغفار ، نظريات خدمة الفرد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٧ ـ ٨ نقلاً عن :
- Paul watzarick, pragmatic of humon communication, Norton Company, inc., N.Y., 1967, pp. 133 - 134 .

المرحلة الرابعة :

في هذه المرحلة يحاول المعالج أن يتابع تحقيق الاهداف التى سبق وضعها في المرحلة السابقة

الانتقادات الموجهة للعلاج الاسرى :

للعلاج الاسرى بعض المزايا من أهمها أنه يتيح الفرصة للمعالج الاسرى أن يقف على طبيعة العلاقات والتفاعلات وأنماط الاتصال المختلفة فى الاسرة على الطبيعة كما أن نهاية العلاج الاسرى أسهل من نهاية العلاج الفردى حيث تتعود الاسرة على الاعتماد على نفسها وتناقش مشكلاتها بواقعية وتتعلم كيف تواجه المواقف الصعبة دون الأعتماد على المعالج ــ إلا أن هناك بعض الانتقادات أو العيوب التى يتسم بها العلاج الأسرى من أهمها أن بعض المعالجين يشترط لكى يبدأ العمل مع الاسرة أن يحضر جميع أفرادها الجلسات العلاجية ، ويعد هذا الشرط خاصة فى المجتمع المصرى الذى يعانى من ظروف إقتصادية صعبة معوقاً للعلاج الاسرى فى حد ذاته حيث أن الأب يعمل ليلاً ونهاراً وكذلك الاولاد ، وأنه لايتوفر لديهم الوقت للحضور وأن عدم الوعى نتيجة لمشكلة الأمية يعد حائلاً دون حضورهم، حيث تعتقد الأسرة أنها ليست هى المريضة ولكن الفرد الذى ظهرت عليه أعراض المشكلة هو الذى ينبغى أن يتلقى العلاج .

ويرى المؤلف أنه يمكن التغلب على المعوقات التى تحول دون أنتظام الاسرة فى العلاج من خلال القيام ببرامج للتوعية على مختلف المستويات فى شتى وسائل الاعلام المقروءة والمسموعة والمرئية وتضم هذه البرامج المعلومات المختلفة حول أسباب المشكلات الأسرية وطرق علاجها على أن يقوم بذلك أخصائيون أجتماعيون يتسمون بالكفاءة العلمية سواء من أساتذة الجامعات أو الممارسين المهرة .

المراجع

أولاً : المراجع العربية

١ـ ابتسام راشد ، العلاقة بين استخدام طريقة خدمة الجماعة فى مجال العلاج النفسى وزيادة النفسى والاجتماعى ، رساة دكتوراة غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧ .

٢ـ احسان زكى عبد الغفار واخرون ، خدمة الفرد نظريات وتطبيقات ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ ، (مذكرات غير منشورة) .

٣ـ احسان زكى عبد الغفار ، واخرون ، الاتجاهات المعاصرة فى خدمة الفرد ، ط١ ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩١ .

٤ـ احمد حنفى محمود ، العمل الفريقى للخدمات الصحية بالمستشفيات ، دور موقع الاخصائى الاجتماعى الطبى ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع (ديناميات العمل الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية) ، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة ، ٢٣ ـ ٢٥ ابريل١٩٩١.

٥ـ احمد عبد الحكيم السنهورى ، اصول خدمة الفرد ، المكتب المصرى الحديث للطباعة والنشر ، الاسكندرية ، ١٩٦٥ .

٦ـ احمد عزت راجح ، اصول علم النفس ، الدار القومية للطباعة والنشر ، ط ٦، الاسكندرية ، ١٩٦٦ .

٧ـ احمد عكاشه ، الطب النفسى المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة ، ١٩٨٨.

٨ـ اقبال الامير السمالوطى ، معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية فى مجال تعاطى المخدرات ، بحث منشور ، المؤتمر العربى الاول ،

المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، بالقاهرة ، ١٣ ـ ١٦ ديسمبر ١٩٨٨ .

٩ـ اقبال محمد بشير ، اقبال ابراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، د. ت ، ٢ .

١٠ـ اقبال محمد بشير ، سامية محمد فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى ، المكتب الجامعى الحديث، الاسكندرية ، ١٩٨٥.

١١ـ الزين عباس عمارة ، مدخل الى الطب النفسى ، دار الثقافة ، بيروت ، ط١ ، ١٩٨٦ .

١٢ـ ترجمة محمود الزيادى ، علم نفس الشواذ، دار النهضة العربية ،القاهرة،د.ت.

١٣ـ حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسى ، مكتبة عالم الكتب، ١٩٧٤ .

١٤ـ حامد عبد العزيز الفقى ، مفاهيم العلاج النفسى الاسرى وانماط التفاعل داخل الاسرة المريضة ، النشأة والتطور ، حوليات كلية الاداب ، جامعة الكويت ، الرسالة الرابعة والعشرين ، الحولية الخامسة ، ١٩٨٤ .

١٥ـ دافيد . ف . شبهان ، ترجمة عزت شعلان ، مرض القلق، عالم المعرفة ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب ، الكويت ، ابريل ، ١٩٨٨ .

١٦ـ رفعت عبد الباسط محمود ، دراسة تقويمية لدور الاخصائى الاجتماعى مع فريق العمل فى مجال رعاية الشباب ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع لكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ٢٣ ـ ٢٥ ابريل ١٩٩١ .

١٧- زهير احمد السباعى ، القلق مرض العصر : كيف نعالجه بالقرآن ؟ مجلة النفس المطمئنة ، الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية ، السنة السادسة ، العدد ٢٢ ، ابريل ١٩٩٠ .

١٨- زيدان عبد الباقى ، وسائل وأساليب الاتصال فى السجالات الاجتماعية والتربوية والادارية والاعلامية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط ٢ ، ١٩٧٩ .

١٩- زين العابدين محمد على رجب، ألاضطرابات السيكوسوماتية بين اسلوبى العلاج الاسرى وسيكولوجية الذات ، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٨ .

٢٠- القرآن الكريم .

٢١- عادل محمد موسى ، جوهر ، المشكلات الفردية الناتجة عن البطالة لدى عينة من الشباب خريجى الجامعة وتصور مقترح لدور خدمة الفرد فى مواجهتها ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الثالث لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ - ١١ ديسمبر ١٩٨٩.

٢٢- عادل محمد موسى جوهر ، العلاقة بين ممارسة نظرية الدور فى خدمة الفرد وأثر ذلك على الاداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧ .

٢٣- عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد ، خدمة الجماعة أسس وعمليات ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٨ .

٢٤- عبد الرحمن العيسوى ، الاسلام والعلاج النفسى ، مرجع سبق ذكره ،ص٢٠.

٢٥- عبد الرحمن العيسوى ، امراض العصر : الأمراض النفسية والعقلية والسيكوماتية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية، ١٩٩٠.

٢٦ـ عبد الرؤوف ثابت ، الطب النفسى المبسط ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٦٥ .

٢٧ـ عبد العزيز القوصى ، أسس الصحة النفسية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٥.

٢٨ـ عبد العزيز فهمى النوحى ، نظريات خدمة الفرد ، الجزء الثانى ، دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٨٣ .

٢٩ـ عبد العزيز فهمى النوحى، نقد النموذج الطبى فى تفسير السلوك غير السوى، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الثالث، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، ٩ ـ ١١ ديسمبر ١٩٨٩ .

٣٠ـ عبد الفتاح عثمان ، المدارس المعاصرة فى خدمة الفرد ، نحو نظرية جديدة للمجتمع العربى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٨ .

٣١ـ عبد الفتاح عثمان واخرون ، مقدمة فى الخدمة الاجتماعية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٥ .

٣٢ـ عبد الناصر عوض احمد جبل ، العلاقة بين ممارسة أسلوب العلاج الاسرى مع حالات النزاعات الزواجية وبين الاداء الاسرة لوظائفها، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ .

٣٣ـ على احمد على ، الاسس النظرية والتطبيقية للصحة النفسية ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، د . ت ، ص ١٠ .

٣٤ـ عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، مبادئ الامراض النفسية ، مكتبة النصر الحديثة ، القاهرة ، ١٩٧٧ .

٣٥ـ فاطمة مصطفى الحارونى ، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧٠ .

٣٦- فخرى الدباغ ، اصول الطب النفسانى ، دار الطليعة للطباعة والنشر ، بيروت، ط ٣ ، ١٩٨٣ .

٣٧- فرج امين ، عن المشكلة وكلمات فى اذن اسرة المريض النفسى ، " بحث منشور " فى مجلة الصحة النفسية ، السنة الخامسة عشرة ، العدد الرابع ، يوليو ، أغسطس ، .

٣٨- كمال سعيد صالح ، البحث الاجتماعى فى الخدمة الاجتماعية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٤.

٣٩- كمال عبد المحسن البنا ، الغربة وعلاقتها بالاغراض السيكوسوماتية ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الرابع " ديناميات العمل الفريقى فى مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية "، ٢٣ -٢٥ ابريل ١٩٩١، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة .

٤٠- كوثر محمد الحسينى، العلاقة بين حجم الاسرة والمشكلات المدرسية لتلاميذ مرحلة التعليم الاساسى ودور خدمة الفرد فى علاج تلك المشكلات ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ .

٤١- محمد ابو العلا احمد ، علم النفس ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨١.

٤٢- محمد الجوهرى ، المدخل الى علم الاجتماع ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة ، ١٩٨٦ .

٤٣- محمد السيد الهابط ، التكيف والصحة العامة ، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٨٢ .

٤٤- محمد بهاء الدين بدر الدين ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية مع المرضى العقليين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٧٨ .

٤٥ـ محمد شريف صفر ، دراسة تجريبية مقارنة لاستخدام اسلوبى العلاج الأسرى وسيكولوجية الذات عند العلاج مع حالات النزاعات الزوجية ، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الأول لكلية الخدمـــــــة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٩ـ١٠ ديسمبر ، ١٩٨٧ .

٤٦ـ محمد شريف صفر ، واخرون ، خدمة الفرد بين النظرية والتطبيق ، مذكرات غير منشورة ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهـــرة ، ١٩٨٥ .

٤٧ـ محمد شريف صفر وأخرون ، نحو بناء النظرية فى خدمة الفرد ، المعهـــد العالى للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ ، ١٩٨٦ .

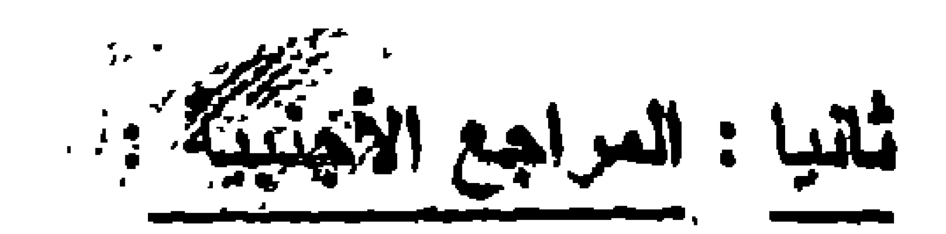
٤٨ـ محمد شمس الدين احمد ، العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مطبعة مؤسسة يوم المستشفيات لتأهيل المعوقين ، القاهرة ، ١٩٨٣ .

٤٩ـ محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعيـــــــة ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ .

٥٠ـ مصطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٦٧.

٥١ـ نبيل محمد صادق ، استخدام طريقة تنظيم المجتمع فى تنشيط دور المجالس المحلية ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمـــــة الاجتماعية ، حلوان ، ١٩٨٠ .

٥٢ـ وفاء محمد فضلى ، العلاقة بين توفير العلاج الاجتماعى وتطور حــــــالات الاكتئاب ، " غير منشورة " كلية الخدمة الاجتماعيـــــة " ، جامعة حلوان ، ١٩٨٥ .



ثانيا : المراجع الأجنبية :

1- Goldenberg, I. and H. Goldenberg, Family therapy an everview, california a Brook, cole publishing company, 1980, p.85 .

2- Herbert S. strean, Role Theory, in Francis J. Turner (ed.), in Social work Theatment, N.Y., The Free Press, 1974, P.314 .

3- Howard Coldstein, Social work practice a unitary approach, columbia, south carolina un. of south carolina press, 1973, p.163 .

4- I rving A. Spergel, Community Problem Solving, the delinquency Problem- Chicago, the university of chicage Press, 1967, P.3 .

5- Ralph Kramer and Harry Speckt, Reading in Community Organization Practice, Prentice Hall, N.J., 1969, P.257.

رقم الايداع
٩٨/٣٠٠٧
I.S.B.N
977 - 5609 - 88 - 7